

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**RELACIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO Y DISFUNCIÓN
SEXUAL EN MUJERES DE 20 A 50 AÑOS DE EDAD DEL HOSPITAL ENRIQUE
GARCES AÑO 2015**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO
CIRUJANO**

AUTORES:

EVELYN CAROLINA BAQUERO ORTEGA

GRACE CATALINA CATTANY TOAPANTA

DIRECTOR DE TESIS: DR. FAUSTO MOLINEROS

DIRECTORA METODOLÓGICA: DRA. PAMELA CABEZAS

QUITO, 2015

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a Dios por permitirme estar aquí, y su amor expresado a lo largo de mi vida; a mis padres por ser mi fortaleza, por inculcarme valores y ser mi apoyo en cada paso que doy; a mi hermano por ser mi ejemplo y mi amigo; a mi tío Paúl porque me ha permitido ver más allá de mis sueños y por su cariño; a mi hija que con su existencia ha llenado de luz mi vida, a mi esposo por ser mi amigo y compañero de vida; a mi amiga Grace por ser la mejor compañera de tesis, y por su amistad sincera durante todos estos años; y a todas las mujeres quienes aún desconocen que tener una vida sexual saludable es un derecho.

“Cualquier hombre puede hacer historia, pero sólo un gran hombre puede escribirla”

Oscar Wilde

CAROLINA BAQUERO

DEDICATORIA

Mi tesis está dedicada en primer lugar a Dios por ser el motor de mi vida. A mis padres Jorge y Magdalena porque siempre he tenido su apoyo incondicional; además de ser mis padres son mis amigos y les agradezco porque todo lo que ahora soy es gracias a sus esfuerzos y amor infinito. A mis hermanas Eve y Pris porque con sus consejos han sabido ser mi guía. A Eve porque a pesar de vivir lejos siempre está conmigo en cada paso de gigante o de enano que he dado a lo largo de toda mi vida. A mi madrina Marianita porque con sus oraciones y sus palabras acertadas me han permitido en cada momento de angustia mirar lo positivo y bonito de la vida.

GRACE CATTANY

AGRADECIMIENTO

A nuestra querida PUCE cuyas aulas nos vio formarnos a lo largo de nuestra carrera y a nuestros profesores por permitirnos tener un aprendizaje de calidad, e inculcar el servicio a los demás.

Al Hospital Enrique Garcés, por permitirnos desarrollar nuestro proyecto de investigación, a los médicos tratantes, y todas las personas que lo conforman.

A nuestro director de tesis el doctor Fausto Molineros, quien nos ha sabido guiar en este camino de la investigación, por sus consejos además de ser un amigo quien ha sabido escuchar nuestras inquietudes en el campo investigativo y en el de la vida. , ha recalcado el valor de la benevolencia en nuestros pacientes.

A la doctora Pamela Cabezas por saber instruirnos y corregir nuestros errores y permitirnos reflexionar para aprender de ellos, gracias a su paciencia hemos podido cumplir nuestros objetivos.

Al doctor Víctor Hugo Mena por ayudarnos en los detalles finales de nuestra tesis, los mismos que ayudaron a que ésta sea más concisa y precisa.

A nuestra amiga Merito por su apoyo y ánimo durante la realización de este trabajo; además, de su amistad sincera que hemos compartido durante el transcurso de la carrera.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La Incontinencia Urinaria es la pérdida involuntaria de orina que supone un problema higiénico y social; ocurre con mayor frecuencia en la mujer y puede producir trastornos en la calidad de vida, como aislamiento social, temor, vergüenza, postergación personal. Una manera de evaluar la calidad de vida en quien la padecen es a través de la autoadministración del cuestionario ICIQ –SF y el cuestionario de índice función sexual femenina IFSF, puesto que en varios estudios se concluye que 1/3 de las mujeres que lo padecen acuden al médico mientras que los 2/3 restantes lo asumen como causa del embarazo y el envejecimiento. **OBJETIVOS:** Determinar función sexual en mujeres incontinentes y continentes de 20 a 50 años de edad a través de la autoadministración de cuestionarios específicos para el efecto. **DISEÑO:** El estudio es descriptivo de tipo transversal. **LUGAR:** Hospital Enrique Garcés del sur de Quito. **PARTICIPANTES:** Mujeres de 20 a 50 años continentes y no continentes **Instrumentos:** Se aplicarán las encuestas en el Hospital Enrique Garcés previo autorización de consentimiento informado aceptado por las pacientes. **PLAN DE ANÁLISIS:** El procesamiento y análisis estadístico de los datos obtenidos, será informatizado utilizando el paquete estadístico SPSS 22.0. Se realizará un análisis descriptivo para cada una de las variables y luego la relación entre las mismas, utilizando valores enteros y porcentajes.

Palabras clave: Escalas ICIQ – SF; Escala IFSF; mujeres continentes; mujeres incontinentes.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Urinary incontinence is the involuntary loss of urine that supposes a hygienic and social problem; it affects more often to women and can produce disorder in the quality of life of patients like social isolation, fear, embarrassment and personal postponement. A way to evaluate the quality of life of patients is through an auto questionnaire ICIQ –SF and female sexual function index questionnaire; due to, various researches conclude that 1/3 of women that has urinary incontinence consult a doctor, while the remaining 2/3 misunderstand it as pregnancy or aging. **OBJECTIVES:** Determine sexual function in incontinent and non-incontinent women from 20 to 50 years old applying specific related auto questionnaires. **DESIGN:** The study is descriptive and transversal type. **PLACE:** Enrique Garcés Hospital at South of Quito. **PARTICIPANTS:** Non-incontinent and incontinent women from 20 to 50 years old. **INSTRUMENTS:** The questionnaires will be applied at Enrique Garcés Hospital previously an accepted informed consent authorized by the patients. **ANALYSIS PLAN:** Processing and statistical analysis of the obtained data will be computerized using the statistical program SPSS 22.0. A descriptive analysis will be done for each one of the variables; in addition to the relation between them using integers and percentages.

Keywords: ICIQ – SF scales; IFSF scale; non-incontinent women; incontinent women.

ÍNDICE:

RESUMEN	III
ABSTRACT	V
CAPÍTULO I	10
1.1 INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO II	12
2.1 MARCO TEÓRICO	12
2.1.1 ESTRUCTURAS DE LA CONTINENCIA URINARIA	12
2.1.2 TEORÍAS DE LA CONTINENCIA URINARIA	15
2.1.2.1 TEORÍA DEL COLUMPIO:	15
2.1.2.2 TEORÍA INTEGRAL	9
2.1.3 FISIOLOGÍA DE LA MICCIÓN	19
2.1.4 INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO	20
2.1.4.1 DEFINICIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO	20
2.1.4.2 EPIDEMIOLOGÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA	20
2.1.4.3 ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO	22
2.1.4.4 DIAGNÓSTICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO	24
2.1.4.4.1 ANAMNESIS:	24

2.1.4.4.2 EXAMEN FÍSICO:.....	25
2.1.4.4.3 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:	27
2.1.4.5 CLASIFICACIÓN DE LA CONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO	30
2.1.4.6 TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO	30
2.1.5 <i>FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA</i>	32
2.1.5.1 ESTRUCTURAS QUE INTERVIENEN EN LA FUNCIÓN SEXUAL....	32
2.1.5.1.1 ANATOMÍA DEL APARATO SEXUAL MASCULINO:	32
2.1.5.1.2 ANATOMÍA DEL APARATO SEXUAL FEMENINO:	35
2.1.6 <i>TEORÍAS DE LA RESPUESTA SEXUAL</i>	38
2.1.6.1 MODELOS FISIOLÓGICOS	38
2.1.6.1.2 MODELO DE HELEN SINGER KAPLAN (1979):	42
2.1.6.1.3 MODELO DE BASSON:	43
2.1.6.2 MODELOS PSICOLÓGICOS	44
2.1.6.2.1 MODELO COGNITIVO DE WALEN & ROTH) (1987)	44
2.1.7 <i>CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE LOS GENITALES EN LA RESPUESTA SEXUAL FEMENINA</i>	45
2.1.8 <i>CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE LOS GENITALES EN LA RESPUESTA SEXUAL MASCULINA</i>	47

2.1.9 CAMBIOS FISIOLÓGICOS EXTRAGENITALES DURANTE LA RESPUESTA SEXUAL	49
2.1.9.1 REGULACIÓN NEURONAL EN LA RESPUESTA SEXUAL	49
2.1.9.2 REGULACIÓN HORMONAL EN LA RESPUESTA SEXUAL	53
2.1.9.3 REGULACIÓN VASCULAR DE LA RESPUESTA SEXUAL.....	54
2.1.9.4 MECANISMOS DE ÓRGANOS SENSORIALES DURANTE LA RESPUESTA SEXUAL	55
2.2.1 DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA.....	57
2.2.1.1 TRASTORNO DEL DESEO SEXUAL.....	58
2.2.1.2 TRASTORNO DE LA EXCITACIÓN SEXUAL	60
2.2.1.3 TRASTORNO ORGÁSMICO	60
2.2.1.4 TRASTORNO SEXUAL POR DOLOR.....	61
2.2.1.5 TRASTORNO SEXUAL DEBIDA A UNA ENFERMEDAD MÉDICA...	62
2.2.1.6 TRASTORNO SEXUAL INDUCIDO POR SUSTANCIA	62
2.2.1.7 TRASTORNO SEXUAL NO ESPECIFICADO	65
2.2.1.7.1 VAGINISMO:	65
2.2.1.8 TRASTORNO DEL DOLOR SEXUAL NO COITAL:	65
CAPITULO III	57
3.1 JUSTIFICACIÓN	57
3.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	58

3.3	OBJETIVOS:.....	59
3.3.1	<i>OBJETIVO GENERAL</i>	59
3.3.2	<i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</i>	59
3.2	HIPÓTESIS	60
CAPÍTULO IV.....		61
4.1	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	61
4.2	TIPO DE ESTUDIO.....	65
4.3	UNIVERSO	65
4.4	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA	65
4.4.1	<i>CUESTIONARIO I:</i>	66
4.4.2	<i>CUESTIONARIO II:</i>	69
4.5	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	79
4.6 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA.....		80
4.7	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	83
4.8	MUESTRA	83
4.9	PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS	84
4.10	ASPECTOS BIOÉTICOS.....	86
CAPÍTULO V		87
5.1	ANÁLISIS Y RESULTADOS:.....	87

<i>5.1.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO:</i>	87
5.1.1.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO PARA LA EDAD	87
5.1.1.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO PARA ESTADO CIVIL	89
5.1.1.3 ANÁLISIS DESCRIPTIVO PARA OCUPACIÓN	90
5.1.1.4 ANÁLISIS DESCRIPTIVO PARA EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN:	92
5.1.1.5 ANÁLISIS DESCRIPTIVO PARA PARIDAD:	93
<i>5.1.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL CUESTIONARIO INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE QUESTIONAIRE SHORT FORM (ICIQ – SF)</i>	94
<i>5.1.3 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL CUESTIONARIO DE ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA – IFSF</i>	99
5.1.3.1 RESULTADO DE CADA UNO DE LOS SEIS DOMINIOS QUE COMPONEN EL TEST DE FUNCIÓN SEXUAL IFSF	100
<i>5.1.4 ANÁLISIS BIVARIADO:</i>	124
5.1.4.1 ANÁLISIS EDAD E INCONTINENCIA URINARIA:	124
5.1.4.2 ANÁLISIS ESTADO CIVIL E INCONTINENCIA URINARIA	126
5.1.4.3 ANÁLISIS OCUPACIÓN E INCONTINENCIA URINARIA:	128
5.1.4.4 ANÁLISIS NIVEL DE INSTRUCCIÓN E INCONTINENCIA URINARIA	130
5.1.4.5 ANÁLISIS PARIDAD E INCONTINENCIA URINARIA.....	131

5.1.4.6 ANÁLISIS DE INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA:	132
5.1.4.7 ANÁLISIS DE INCONTINENCIA URINARIA Y DISFUNCIÓN SEXUAL	134
5.1.4.8 ANÁLISIS DE INCONTINENCIA URINARIA Y GRADO DE DISFUNCIÓN SEXUAL	136
5.1.4.9 ANÁLISIS DE INCONTINENCIA URINARIA Y SATISFACCIÓN SEXUAL	137
5.1.4.10 ANÁLISIS DE EDAD CON DISFUNCIÓN SEXUAL	138
5.1.4.11 ANÁLISIS DE ESTADO CIVIL CON DISFUNCIÓN SEXUAL	141
5.1.4.12 ANÁLISIS DE OCUPACIÓN CON DISFUNCIÓN SEXUAL:	142
5.1.4.14 ANÁLISIS DE NIVEL DE INSTRUCCIÓN CON DISFUNCIÓN SEXUAL:	144
5.1.4.15 ANÁLISIS DE PARIDAD CON DISFUNCIÓN SEXUAL:	145
CAPITULO VI	147
6.1 DISCUSIÓN	147
6.2 CONCLUSIONES	153
6.3 RECOMENDACIONES	155
CAPÍTULO VII	157
7.2 BIBLIOGRAFÍA	157

8.1	ANEXOS Y FIGURAS:.....	165
-----	------------------------	-----

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria tiene un notable impacto negativo en la calidad de vida, siendo reflejado en la modificación del comportamiento social e inestabilidad de la persona afectada, pese a que no se trata de una enfermedad grave, tiene una notable repercusión en la vida cotidiana de la persona, siendo más frecuente en la población femenina en relación 2 a 1 a la población masculina.

Siendo este un problema con una prevalencia que varía de acuerdo al grupo de población estudiada, se conoce que sólo un 35% de las mujeres afectadas acuden a la consulta médica, lo que sin duda refleja el déficit de información sobre las repercusiones de esta enfermedad.

Es indispensable también tomar en cuenta que una de las principales causas para que la población femenina no busque ayuda son los aspectos culturales, ambientales, religiosos y sociales, lo cual, incrementa al relacionarlo con función sexual ya que, en nuestra sociedad por el desconocimiento o falta de preocupación por parte de la mujer se ha limitado la libertad para exponer con confianza sobre estos temas.

Los derechos humanos son sin duda uno de los aspectos principales por parte de los gobiernos, de la ley y de la población por tanto, dentro de ellos se incluye el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, de tal modo que es una garantía

que coadyuva a mejorar la calidad de vida en la mujer, de esta forma puede vivir su sexualidad ejerciéndola con libertad y respeto a la dignidad de las personas, de una manera sana y responsable.

“Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coacción, la discriminación y la violencia”, según se establece en el párrafo 96 de la Plataforma de Acción aprobada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995. ⁽¹⁾

En las mujeres con Incontinencia Urinaria es frecuente encontrar depresión, miedo a la pérdida de orina durante la relación sexual o incluso pérdida en el deseo, esto hace que hasta el 50% de estas mujeres rechacen la actividad sexual. ⁽²⁾ Es por esto que decidimos realizar este estudio por la importancia que tiene esta afección en la calidad de vida de las mujeres reflejado en uno de los pilares de su salud como lo es la afectación en su respuesta sexual.

CAPÍTULO II

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 ESTRUCTURAS DE LA CONTINENCIA URINARIA

Las estructuras que permiten la continencia son la vejiga, uretra y el suelo pélvico. El trabajo conjunto de éstas permite la continencia.

VEJIGA:

La vejiga urinaria forma parte del tracto urinario inferior es un órgano hueco músculo - membranoso que permite el almacenamiento y expulsión de la orina al exterior a través de la uretra durante el proceso de la micción.

La vejiga urinaria vacía descansa sobre el pubis y parte adyacente de la pelvis; a medida que se llena asciende hacia el abdomen y puede llegar a nivel del ombligo. Se encuentra relacionada por arriba a través del peritoneo con el útero, abajo el piso pélvico, delante el pubis y detrás el recto y la vagina.

Estructuras.- La vejiga está constituida por cuatro capas:

- Mucosa
- Submucosa que se encuentra ausente en la región del trigono
- Muscular constituida por los tres fascículos de músculo liso que son superficial, media y profunda. La capa superficial y profunda formada por fibras longitudinales y la capa media formada por fibras circulares; los cuales, en conjunto conforman el

músculo detrusor de la vejiga el cual durante la contracción permite la expulsión de la orina.

- Serosa constituida por el peritoneo.

Riego sanguíneo: La parte superior de la vejiga esta irrigada por las dos arterias vesicales superiores que nacen de la arteria umbilical y la arteria vesical inferior es rama de la arteria vaginal encargada de la porción inferior, base y cuello vesical.

Drenaje venoso y linfático: Las venas se unen en el plexo vesical que desemboca en la vena hipogástrica o ilíaca interna.

El drenaje linfático lo realizan tres ganglios que son:

- Ganglios ilíacos externos: recoge la sangre proveniente de la cara superior e inferolateral de la vejiga.
- Ganglios ilíacos externos e hipogástricos vasos de la base
- Ganglios sacros e ilíacos comunes: del cuello vesical

URETRA:

La uretra es un conducto fibromuscular que permite el paso de la orina desde la vejiga hacia el exterior. La uretra femenina mide aproximadamente 4 cm de longitud, va desde el cuello vesical hasta el orificio uretral externo que se encuentra entre los labios menores, por debajo y detrás del clítoris.

Estructuras.- Constituida por tres capas la mucosa, submucosa y muscular. Esta última está formada por músculo liso encargado de la formación el esfínter interno que no tiene un control voluntario y el músculo estriado que forma el esfínter externo que presenta control voluntario.

Riego sanguíneo.- La irrigación está dada por las arterias vesical inferior, uterina y pudenda interna las que se encargan de la parte superior, media e inferior respectivamente.

Drenaje linfático.- Los ganglios hipogástricos o ilíacos externos se encargan de recoger los vasos linfáticos de la uretra.

SUELO PÉLVICO:

El suelo pelviano lo forman un conjunto de estructuras musculares y aponeuróticas que se fijan a la pelvis ósea y forman como una hamaca que es el soporte de todo el contenido abdominal y contribuye al mecanismo de la continencia urinaria. Está constituido por el diafragma pélvico que lo conforma el músculo elevador del ano y el diafragma urogenital constituido por cinco músculos que son el transverso profundo, bulbo cavernoso, esfínter estriado del ano, isquiocavernoso y transverso superficial del periné

El músculo elevador del ano es el encargado de cumplir tres funciones principales:

- Conserva el contenido abdominal en su lugar.
- Mantiene la continencia urinaria.
- Compensa cualquier aumento brusco de la presión intra abdominal

2.1.2 TEORÍAS DE LA CONTINENCIA URINARIA

2.1.2.1 TEORÍA DEL COLUMPIO:

La visión sostenida de que la hipermovilidad uretral era la causa más frecuente de incontinencia urinaria impulsó a Delancey en 1994 a realizar en muestras anatómicas la simulación de aumento de presión abdominal en donde observó que la uretral se encuentra en una posición en la que puede ser comprimida contra una capa muscular en forma de columpio sobre la cual descansa la vejiga y uretra. De allí nace la teoría del sostén uretral o teoría del columpio la cual, se basa en que la estabilidad de las estructuras de sostén determinarán la presencia o ausencia de incontinencia urinaria de esfuerzo.

Las estructuras que se encargan de la estabilidad de la uretra son los músculos que conforman la pared anterior de la vagina con la cual está conectada íntimamente, el complejo muscular elevador del ano y el arco tendinoso de la fascia pelviana creando en conjunto un columpio que soporta por debajo a la vejiga y a la uretra. *VER FIGURA 1*

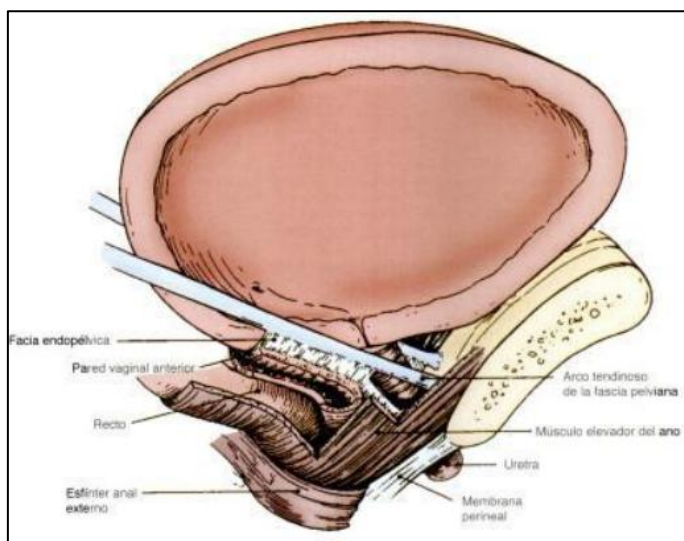


FIGURA 1: Estructuras de sostén uretral. Tomado de: DeLancey 30: The pathophysiology of stress urinary incontinence in women and its implications for surgical treatment. World J. Urol. 1997.

En condiciones normales están encargadas de comprimir la uretra contra las estructuras de sostén cuando hay cambio de la presión intraabdominal, actuando como una tabla rígida y evitan la pérdida de orina. Cuando estas estructuras se debilitan puede haber descenso vesical y de la uretra proximal permitiendo la incontinencia urinaria. *VER FIGURA 2*

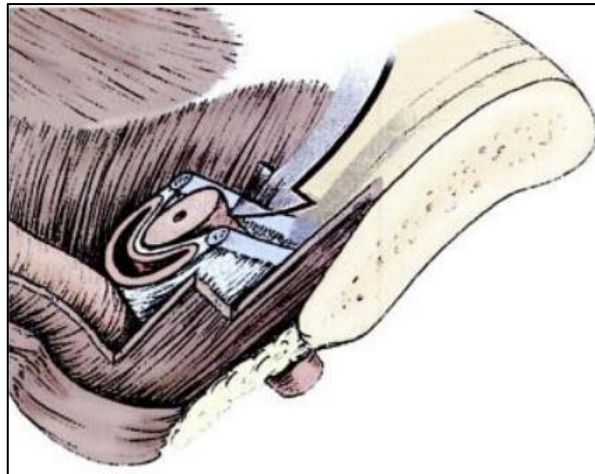


FIGURA 2: Teoría del columpio. Con el aumento de la presión intraabdominal la uretra es comprimida contra las estructuras de sostén que actúan como un soporte. Tomado de: DeLancey 30: The pathophysiology of stress urinary incontinence in women and its implications for surgical treatment. World J. Urol 1997.

2.1.2.2 TEORÍA INTEGRAL:

En 1990 Petros y Ulmstem publicaron la teoría integral, misma que se basó en interpretación conjunta de conocimientos anatómico y funcional de los diferentes autores del siglo pasado permitiéndoles determinar que la incontinencia urinaria de esfuerzo, de urgencia y alteraciones del vaciamiento vesical son causadas por afectación de elementos

de soporte suburetral, ligamentos y músculos del piso pélvico. Además, las alteraciones de la tensión sobre la pared anterior de la vagina determinan la apertura o cierre del cuello vesical y de la uretra.

La teoría integral propone una nueva clasificación de incontinencia urinaria basada en tres zonas de disfunción y seis defectos principales.

Las tres zonas de disfunción son anterior, media y posterior. De acuerdo a la localización del defecto tenemos que las disfunciones de la zona anterior determina incontinencia urinaria de esfuerzo; mientras que, las zonas media y posterior determinarían alteraciones de vaciamiento vesical y síntomas como urgencia, polaquiuria y nocturia que pueden presentarse en ambas situaciones. *VER FIGURA 3*

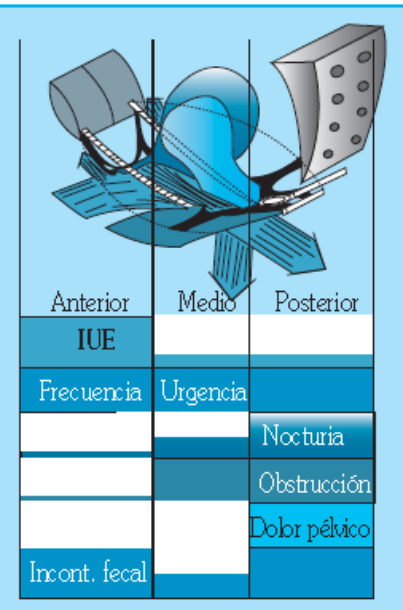


FIGURA 3: Origen de los síntomas más frecuentes relacionados con el piso pélvico femenino, de acuerdo con la teoría integral. Se observan tres zonas de disfunción anterior, media y posterior. Tomado de: Aplicaciones clínicas de la teoría integral de la continencia. Ricceto C., Palma P. Revista Peruana de Urología Vol XIV, (145-152) enero - junio 2004

La conservación del ángulo vesico uretral, la integridad del suelo pélvico, estructuras de sostén y correcto funcionamiento del esfínter uretral externo, permiten la continencia

urinaria. Por ello los investigadores propusieron seis defectos principales que se encuentran enumerados a continuación y en *la FIGURA 4*.

- Defecto del soporte suburetral (“Hammock”)
- Síndrome de vagina fija (tethered vagina syndrome)
- Distensión de los ligamentos pubouretrales
- Distensión de los ligamentos uterosacros y del soporte del ápice vaginal
- Lesiones de la inserción vaginal de los músculos pubococcígeos
- Lesiones de los músculos estriados del piso pélvico: traumatismo del esfínter externo del ano; distensión, parálisis o ruptura de las inserciones del plató elevador

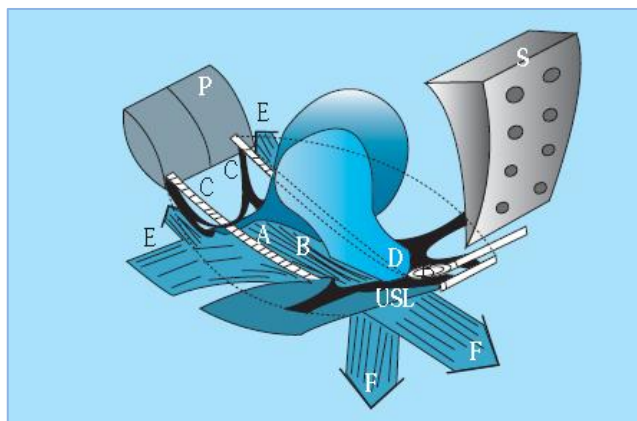


FIGURA 4: Localización de los defectos más frecuentemente encontrados en el suelo pélvico femenino. (A) Defecto de soporte suburetral. (B) retracción cicatrizal de la vagina. (C) Distensión de los ligamentos pubouretrales. (D) Distensión de los ligamentos uterosacros y del soporte del ápice vaginal. (E) Lesiones de la inserción vaginal de los músculos pubococcígeos. (F) lesiones de los músculos estriados del piso pélvico. Tomado de: Aplicaciones clínicas de la teoría integral de la continencia. Ricceto C., Palma P. Revista Peruana de Urología Vol XIV, (145-152) enero - junio 2004.

2.1.3 FISIOLÓGÍA DE LA MICCIÓN

“La micción es el proceso mediante el cual la vejiga urinaria se vacía cuando está llena” ⁽³⁾

Se realiza en dos fases la miccional y la continencia cuyo correcto funcionamiento depende de la integridad anatómica, funcional y neurológica.

La fase de continencia depende de la acomodación adecuada del músculo detrusor, la resistencia pasiva del tracto de salida y la ausencia de contracciones vesicales.

La fase de micción es en la que se produce el vaciado de la vejiga. Ésta, depende de la viscoelasticidad del detrusor y ausencia de obstrucción del tracto de salida. Además, requiere contracción del detrusor y apertura del esfínter externo.

Estas funciones se cumplen gracias a la respuesta del reflejo miccional en donde intervienen los nervios pélvicos que son mixtos, que conectan con la médula espinal a través del plexo sacro, sobre todo los segmentos S2 y S3. Las ramas sensitivas son las encargadas de iniciar el reflejo miccional ya que detectan el grado de distensión de la pared de la vejiga y de la uretra posterior, estas señales se conducen a los segmentos sacros de la medula espinal a través de los nervios pélvico, regresando nuevamente a la vejiga a través de las fibras nerviosas parasimpáticas permitiendo las contracciones miccionales del músculo detrusor. ⁽⁴⁾

“El reflejo miccional es autorregenerativo; es decir, la contracción inicial de la vejiga activa los receptores de distensión que causan un mayor incremento en los impulsos sensitivos que van desde la vejiga y la uretra posterior, lo que aumenta más la contracción

refleja de la vejiga; después el ciclo se repite una y otra vez hasta que la vejiga alcanza un grado fuerte de contracción.”⁽⁵⁾

2.1.4 INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

2.1.4.1 DEFINICIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

La International Society Continence (ICS) define a la incontinencia urinaria como una enfermedad, o condición médica caracterizada por la pérdida involuntaria de orina de la vejiga la cual supone un problema higiénico y social, tiene un importante impacto en la calidad de vida de quien lo padece afectando negativamente en la relación social, de pareja y laboral.

La incontinencia urinaria de esfuerzo es la pérdida involuntaria de orina en ausencia de la contracción del músculo detrusor tras el incremento de la presión intrabdominal secundario a esfuerzo físico como reír, correr, toser o caminar que supera la presión máxima uretral debido a una alteración del mecanismo de cierre.

2.1.4.2 EPIDEMIOLOGÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA

La prevalencia en la población general usando la definición de la International Society Continence (I.C.S) se sitúa entre el 20 % y 30 %, la incidencia anual de incontinencia urinaria en mujeres oscila entre el 2 y 11 % incrementándose con el embarazo y la edad. La

tasa de remisión completa de la incontinencia urinaria es del 4 y 6% anualmente; además, se ha determinado que la pérdida de orina afecta al 5 – 69% de las mujeres y al 1 – 39% de los varones con una relación de 6 a 1 con el sexo masculino. ^(6,7)

De acuerdo al estudio epidemiología de la incontinencia en el estado de Nord – Trondelag (EPICONT: Epidemiology of continence in the Country of Nord – Trondelag), el cual fue llevado a cabo en Noruega determina que las mujeres con parto por cesárea tenían la probabilidad de 1,5 de tener incontinencia urinaria frente al 2,5 de las mujeres con parto vaginal, determinándose así que la sobrecarga del piso pélvico estaría relacionada con el tipo de parto, el peso y posición del feto, la duración de la segunda etapa del parto y la utilización de fórceps. ⁽⁸⁾

En el postparto inmediato se estima que el 50 % de las mujeres con parto vaginal presentan incontinencia urinaria de esfuerzo transitoria, que evoluciona hacia la regresión o curación espontánea en un 60-80 % de los casos tras los dos meses del parto.

Profesiones como profesores, cuidadores de ancianos o niños, celadores o actividad física como el básquet, volley, saltos, estarían relacionadas con la sobrecarga de peso en el suelo pélvico ya que, incrementan la presión intraabdominal más de 110 mm de Hg. ⁽⁹⁾

Según un estudio realizado por Elleuch, M. et al. (1998) sobre 105 alumnas de Educación física, con una media de edad de 21,5 años que practicaban deporte de competición, el 62,8 % presentaban incontinencia de orina de esfuerzo relacionada con las actividades deportivas. ⁽¹⁰⁾

Según un estudio efectuado en mujeres que realizan actividad física de forma continuada debido a su profesión como entrenadores, instructores de fitness o monitores de pilates y yoga por Bo, Bratland-Sanda y Sundgot-Borgen (2011) se determinó el impacto e incidencia de la incontinencia urinaria. A pesar de mantenerse en forma y activos los profesionales del fitness realizan muchas sesiones dirigidas de actividades físicas de impacto o coreografiadas. De un total de 685 mujeres encuestadas de media de edad 32 años, un 26.3 % indica padecer algún tipo de IU de las cuales sólo un 8.9 % manifiesta haber recibido algún tratamiento. ⁽¹¹⁾

2.1.4.3 ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Dentro de las causas que favorecen al aparecimiento de incontinencia urinaria de esfuerzo tenemos las modificables y las no modificables.

FACTORES NO MODIFICABLES:

Dentro de estos se encuentran la multiparidad, prolongación en la segunda etapa del parto, parto con fórceps, desgarros perineales de tercer grado y la macrosomía fetal serían los principales causantes de:

- Lesión del tejido conjuntivo y/o músculos del suelo pélvico producido por traumatismo durante el parto vaginal.
- Daño vascular en las estructuras pelvianas como resultado de la compresión ejercida por el feto.

- Afección de los nervios causando denervación parcial y reinervación principalmente del nervio pudendo causando la abolición del nervio bulbocavernoso y disminuyendo la capacidad para contraer los esfínteres uretral externo y anal en forma voluntaria; además, de la pérdida de la sensibilidad perineal y perianal.
- Lesión directa de la vía urinaria durante el trabajo del parto y el alumbramiento.

En mujeres mayores de 50 años, en relación con la debilidad del suelo pélvico por el envejecimiento del músculo elevador del ano, se afecta el “columpio” pelviano e impide el correcto desplazamiento de la uretra hacia el pubis causado por la disminución del tejido elástico, atrofia celular, degeneración nerviosa, reducción de tono músculo liso, hipoestrogenismo.

FACTORES MODIFICABLES:

Dentro de los factores modificables se requiere tomar en cuenta la presencia de prolapso el cual puede ser parcial o total. De acuerdo al órgano afectado tendremos uretrocele si es la uretra, cistocele si es vejiga, rectocele si es recto, elytrocele si es intestino o histerocele si es el útero. Además, es importante determinar el grado según la situación del órgano prolapsado en relación al introito vaginal para ello tenemos:

- Grado I: se sitúa entre la posición normal y la altura de las espinas isquiáticas
- Grado II: se sitúa entre las espinas isquiáticas y el himen
- Grado III: si desciende por fuera del nivel del himen
- Grado IV: prolapso total.

Otras causas menos comunes son la tos crónica, el estreñimiento y la obesidad que estarían relacionadas con el aumento sostenido de la presión intraabdominal creando una alteración en la relación presión intraabdominal y presión de cierre esfinteriana. Cuando la presión intraabdominal supera la de cierre, éste se abre y aparece la incontinencia urinaria, la intervención de la actividad del músculo detrusor es escasa.

Consumo de medicamentos simpaticolíticos que podrían causar incontinencia urinaria de esfuerzo o empeorarla tales como clonidina, fenoxibenzamida, terazosina, doxazosina, tamsulosina y/o diuréticos que exacerban la sintomatología urinaria.

2.1.4.4 DIAGNÓSTICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

El diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo se requiere realizar anamnesis, examen físico y estudios complementarios, si así se requiere.

2.1.4.4.1 ANAMNESIS:

La anamnesis correctamente realizada nos permitirá determinar:

- Factores de Riesgo dentro de antecedentes
- Enfermedades predisponentes como obesidad
- Evaluación de sintomatología - anamnesis
 - *Factores precipitantes* todos aquellos que incrementan la presión intra abdominal como: toser, reír, caminar, saltar, ejercicio
 - *Cantidad de compresas que utiliza al día*

- *Volumen del escape de orina:* escaso o abundante
- Calidad de vida

2.1.4.4.2 EXAMEN FÍSICO:

El examen físico se realiza con la paciente en posición de litotomía con la vejiga llena (para determinar incontinencia y prolapso) y vacía (inspección de órganos pelvianos).

Durante el examen no debemos olvidar lo siguiente:

- Inspección general de la vagina, vulva y periné
- Evaluación de reflejos perineal y bulbocavernoso
- Determinar la existencia de hipermovilidad uretral
 - Prueba de Marshall – Bonney.- el examen lo realizamos con la paciente en posición de litotomía con vejiga llena.
 - Realizamos un tacto vaginal, luego pedimos que tosa fuertemente, al mismo tiempo observaremos un descenso del cuello vesical y pared vaginal anterior (unión uretro – vesical).
 - Presionamos la cara lateral y superior de la vagina con dos dedos, luego pedimos a la paciente tosa fuertemente. Si no existe la salida de orina consideramos una prueba positiva para incontinencia urinaria de esfuerzo.
 - La prueba de Q-TIP.- se introduce en la uretra un hisopo estéril bien lubricado hasta la vejiga, luego, se registra el ángulo desde la parte horizontal; después, pedimos que tosa fuertemente y observamos el

movimiento del hisopo; si este, tiene una movilidad mayor a 30 grados es una prueba positiva para hipermovilidad uretral. Como se muestra en la

FIGURA 5



FIGURA 5: Grafico tomado de: S. Martínez Bustelo, A. Ferri Morales, S. Patiño Nuñez, S. Viñas Diz, A. Martínez Rodríguez Entrevista clínica y valoración funcional del suelo pélvico. Revista de fisioterapia. Volumen 26. Número 6. Año 2014

- Valorar el suelo pélvico, principalmente la integridad y fuerza del músculo elevador del ano que se encuentra en las caras laterales de la vagina y anterior en dirección al cérvix.
 - Testing perineal.- Se introducen en la vagina el dedo índice y medio ligeramente separado y apoyados en su cara inferior, luego se pide a la paciente contraiga fuertemente la vagina, se procede a valorar la fuerza utilizando una escala que la puntúa del 1 al 5, escala de Oxford. *ANEXO 1*
- La debilidad de los músculos demuestra déficit en la innervación o anterior desgarro vaginal.

ESCALA DE VALORACIÓN MODIFICADA DE OXFORD PARA LA MUSCULATURA DEL SUELO PÉLVICO	
GRADOS	RESPUESTA MUSCULAR
0	Ninguna
1	Parpadeos, movimientos temblorosos de la musculatura
2	Débil. Presión débil sin parpadeos o temblores musculares
3	Moderado. Aumento de presión y ligera elevación de la pared vaginal posterior.
4	Bien. Los dedos del examinador son apretados firmemente, elevación de la pared posterior de la vagina contra resistencia moderada.
5	Fuerte. Sujeción con fuerza de los dedos y elevación de la pared posterior en contra de una resistencia máxima.

ANEXO I: Tomado de Tapia A, Cifuentes M, Fuentes C, Bennett C. Rehabilitación de Piso Pélvico en el tratamiento del Síndrome de Vejiga. Revista chilena de urología. Volumen 78. Número 4 año 2013

- Perineómetro.- es un instrumento que al ser introducido en el conducto vaginal permite registrar los potenciales de acción de las contracciones suelo pélvico.

2.1.4.4.3 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

- **Análisis de orina.-** Es un estudio que se debe realizar en todos los pacientes ya que es tomado como un método de detección de enfermedades del urotelio como: infecciones o enfermedades concomitantes como la diabetes.

- **Volumen residual posmiccional.-** “es el volumen de orina que permanece en la vejiga inmediatamente después de una micción representativa”, ⁽¹²⁾ el vaciamiento adecuado es menor a 50 ml y si es mayor de 200 ml es inadecuado. El estudio se realiza mediante cateterismo vesical o ecográficamente.
- **Registros miccionales.-** registra las horas y volúmenes miccionales, se ejecuta desde 24 horas a 14 días. Es recomendable realizarlo dentro de las primeras 78 horas para obtener mayor cumplimiento y datos confiables durante el registro. Existen tres tipos de diarios:

- Registro diario de frecuencia urinaria
- Registro diario de frecuencia / volumen
- Registro diario de la cantidad, tipo y grado de incontinencia, uso de compresas, ingesta de líquidos y grado de urgencia. *ANEXO 2*

Nombre: _____						
Fecha: _____						
	Micción voluntaria			Anotar: ingesta de líquido, cambio de protección y tipo, y motivo de la pérdida		
Hora (24 horas)	Poco	Normal	Mucho	(nº vasos/tipo)	(Protectores)*	Fugas (F)
07.30 h			X			
07.45 h				1/leche		
08.00 h	X					
09.00 h	X					
10.00 h						Aerobic
10.45 h		X			C	
11.00 h				1/agua		
etc.						

*Tipo de protector: SS (salva slip), C (compresa normal), CG (compresa grande), P (pañal)

Recomendaciones:

- Beber por lo menos 6 vasos de líquido al día
- Evitar bebidas excitantes: café, té, bebidas gaseosas, cerveza, alcohol
- Intentar orinar cada tres horas, con o sin ganas

ANEXO 2: Tomado de S. Martínez Bustelo, A. Ferri Morales, S. Patiño Nuñez, S. Viñas Diz, A. Martínez Rodríguez Entrevista clínica y valoración funcional del suelo pélvico. Revista de fisioterapia. Volumen 26. Número 6. Año 2014

- **Las pruebas de la compresa** son útiles en la evaluación sistemática de la incontinencia urinaria y como una medida de evolución en los ensayos clínicos y estudios de investigación.
- **Estudio uro dinámico multicanal:** es una prueba funcional del tracto inferior que permite valorar cómo funcionan en las fases de llenado y vaciado el detrusor y la uretra. Éste estudio combina dos técnicas que son:
 - **Flujometría.-** permite valorar la disfunción del vaciado vesical mediante el análisis de una micción normal a través de flujo máximo (Q_{max}), flujo medio (Q_{ave}), tiempo de micción y volumen. La prueba se realiza varias veces porque el flujo depende del volumen (200 - 500cc) en la mujer un normal Q_{max} es $> 20\text{cc/seg}$.
 - **Cistomanometría.-** es la medida de la respuesta de la vejiga al ser llenada mediante el registro de la presión vesical (P_{ves}) durante el llenado y el almacenamiento de orina o como un estudio de canales múltiples en el que la presión abdominal (P_{abd}) se sustrae de la P_{ves} . La velocidad de llenado no debe superar 50 cc/minuto. Este estudio nos permite evaluar:
 - Presencia de contracciones no inhibidas
 - Sensibilidad vesical
 - Presión durante el llenado
 - Relación volumen / presión y capacidad vesical.

La prueba será positiva para incontinencia urinaria de esfuerzo, cuando al aumentar la presión abdominal progresivamente determinaremos un punto en el que la presión

vesical supera la presión de cierre uretral. Una presión de pérdida muy baja (menor de 60 cm de H₂O) es sugestiva de disfunción uretral intrínseca. Al retirar el catéter de presión vesical se puede determinar la presión intrauretral que si es menor de 20 cc de H₂O, también sugiere disfunción uretral intrínseca.

2.1.4.5 CLASIFICACIÓN DE LA CONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Se pueden tomar en cuenta dos tipos de incontinencia urinaria de esfuerzo:

- *IUE por Hipermovilidad Uretral:* debilidad de los tejidos de sostén uretrales, produciéndose un descenso en la posición uretral que impide su coaptación contra el pubis. (IUE más frecuente)
- *IUE por Disfunción Uretral Intrínseca:* fracaso del esfínter uretral interno por denervación o lesión muscular del mismo.

2.1.4.6 TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

El tratamiento de incontinencia urinaria requiere un manejo integral de la paciente ya que es necesario tomar en cuenta que su principal objetivo es mejorar la calidad de vida. Además hay que determinar factores desencadenantes como café, té, tabaco, la excesiva ingesta de agua, así como la vulnerabilidad de la mujer a ciertos fármacos antes o después del planteamiento de intervención quirúrgica.

El primer escalón para la prevención y tratamiento de incontinencia urinaria de esfuerzo consiste en el entrenamiento muscular del suelo pélvico el cual se define como “cualquier programa de contracciones voluntarias y repetidas de los músculos del suelo pélvico explicados por un profesional de la salud” Wilson y col., 2005.

El objetivo de dicho entrenamiento es fortalecer los músculos del piso pélvico, para ello, es necesaria la práctica de una técnica adecuada y cumplimiento de los mismos ya que, se ha determinado que “la repetición de los ejercicios el músculo desarrolla mayor capacidad de respuesta y puede lograr contracciones más rápidas y más intensas antes de evidenciar algún aumento en el volumen real.”⁽¹⁴⁾

Un estudio realizado por The International Consultation on Incontinence (Wilson y cols., 2005) sugiere que un programa de fortalecimiento representativo del entrenamiento muscular del suelo pélvico está determinado por:

- Series de 10 a 12 contracciones casi máximas
- Cada contracción se mantiene durante 6 a 8 segundos con un período de reposo equivalente.
- Los ejercicios se repiten entre 3 y 5 veces diarias, días por medio

El médico debe explicar al paciente la realización del ejercicio de la siguiente manera:

- Siéntese o tumbese cómodamente con los músculos de los muslos, nalgas y abdomen relajados. La primera vez se recomienda la posición tumbada.
- Contraiga el anillo muscular alrededor del ano (esfínter anal) como si estuviera tratando de controlar una ventosidad evitando apretar las nalgas.

- Relájelo. Repita este movimiento varias veces, hasta estar segura de que lo realiza correctamente.
- No apriete otros músculos al mismo tiempo. Tenga cuidado de no contraer los músculos del abdomen, piernas u otras partes del cuerpo. Contraer los músculos equivocados puede ejercer más presión sobre los músculos que controlan la vejiga. Solo apriete los músculos de la pelvis. No aguante la respiración.
- Antes de los ejercicios, los músculos débiles dejan salir la orina de manera involuntaria. Después de los ejercicios, los músculos fuertes retienen la orina.
- Repítalos, pero no exagere. Al principio, busque un lugar tranquilo para hacerlos en donde se pueda concentrar bien (en el baño o su habitación). Acuéstese, contraiga los músculos de la pelvis y cuente hasta tres. Relájese y cuente hasta tres. Repita de 10 a 15 veces en cada sesión.

2.1.5 FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

2.1.5.1 ESTRUCTURAS QUE INTERVIENEN EN LA FUNCIÓN SEXUAL

2.1.5.1.1 ANATOMÍA DEL APARATO SEXUAL MASCULINO:

TESTÍCULOS:

Son las gónadas masculinas, en número de dos, su función es producir espermatozoides, además son glándulas de secreción de hormonas principalmente la testosterona.

Localizado en la parte Inferior al pene, en el escroto, el izquierdo más descendido que el derecho, su forma ovoide con aplanamiento transversal, pesa aproximadamente 20 gr y mide de 4 a 5 cm de longitud, 2.5 de espesor, 3 cm de altura, su superficie es lisa, brillante cubierta por la túnica vaginal, color blanco ligeramente azulado, y su consistencia es firme.

VÍAS ESPERMÁTICAS:

Son vías de excreción del esperma testicular y se extienden desde los túbulos seminíferos hasta la uretra están compuestas por: túbulos seminíferos, rete testis, conductillos eferentes del testículo, epidídimo, conducto deferente, vesículas seminales, conductos eyaculadores.

PRÓSTATA:

Masa glandular que rodea la uretra prostática en el hombre, mide aproximadamente 3 cm de largo, 4 cm de ancho y 2 cm de profundidad. La porción glandular corresponde a dos tercios de la glándula el otro tercio es fibromuscular.

GLÁNDULAS BULBOURETRALES:

Del tamaño de un guisante, éstas se sitúan posterolaterales a la porción intermedia de la uretra. Se hallan en el espesor del músculo transverso profundo del periné en la parte posteroinferior del musculo esfínter externo de la uretra. Su secreción entra en la uretra durante la excitación sexual.

URETRA:

Tubo muscular de 18 a 22 cm de largo, que conduce orina desde el orificio interno de la uretra de la vejiga urinaria hasta el orificio externo de la uretra a nivel del glande; ésta también proporciona la salida del semen. Se divide en 4 porciones: Intramural, prostática, intermedia, esponjosa.

GENITALES MASCULINOS EXTERNOS:

PENE: Es el órgano copulador masculino, aloja a la uretra, y proporciona una salida en común para la orina y semen. Su forma y dirección depende del estado en que se encuentre, en flacidez presenta forma de cilindro aplanado en sentido anteroposterior, que pende anterior al escroto, y en estado de erección aumenta su volumen, es rígido y se eleva anterior al abdomen, anteriormente termina en el glande, cuya superficie es lisa y de color rosado o rojo oscuro dependiendo del estado de flacidez o erección, el borde del glande se proyecta para formar la corona del glande, que sobresale por el cuello del mismo. , en la punta del glande se encuentra el orificio externo de la uretra.

ESCROTO:

Es un saco fibromuscular cutáneo para los testículos y estructuras asociadas, ubicado posteroinferior al pene, la piel es fina muy flexible de color oscuro y surcada por pliegues transversales, desde el rafe escrotal hasta las caras laterales.

2.1.5.1.2 ANATOMÍA DEL APARATO SEXUAL FEMENINO:

OVARIOS:

Son gónadas femeninas en número de dos, tienen forma y tamaño de almendra, son también glándulas endócrinas que producen hormonas reproductoras, cada uno está suspendido por un pliegue peritoneal que corresponde al mesovario. Están situados en la cavidad pélvica posteriores a los ligamentos anchos del útero. Su aspecto cambia en el curso de evolución de la persona, su superficie es lisa hasta la pubertad, luego presenta apariencia algo más irregular ya que se va cubriendo de folículos ováricos de Graff y de cicatrices resultantes de la rotura de los mismos, después de la menopausia disminuyen en su volumen, las cicatrices se atenúan y la superficie tiende a volverse lisa.

TROMPAS UTERINAS:

Son dos conductos que se extienden a lo largo del borde superior de los ligamentos anchos del útero, desde los cuernos del útero hasta la superficie del ovario. Mide de 10 a 14 cm, su diámetro externo mide aproximadamente 3 mm, aumenta de forma progresiva en sentido medial a lateral. Se distinguen 4 partes: infundíbulo, ampolla, istmo, porción uterina.

ÚTERO:

Situado en la cavidad pélvica, en la línea media, entre la vejiga urinaria y el recto, superior a la vagina e inferior a las asas intestinales y al colon sigmoideo. Tiene la forma de un cono truncado aplanado anterior a posteriormente, su vértice se orienta inferiormente,

inferior a su parte media presenta el istmo del útero, que lo divide en dos partes una superior que corresponde al cuerpo y una inferior que constituye el cuello.

Dirección: En una mujer con vejiga urinaria y recto poco distendidos, el útero se halla en anteversión y anteflexión; ésta última corresponde a la inclinación del cuerpo sobre el cuello y forma un ángulo cuya abertura es de 100 a 120°, mientras que en la anteversión el cuerpo se inclina anteriormente al eje de la cavidad pélvica y el cuello se dirige posteriormente a dicho eje.

Ligamentos del útero: El útero se fija a la pelvis por medio de 3 pares de ligamentos que son: ligamentos laterales o ligamentos anchos del útero; ligamentos anteriores o redondos del útero; ligamentos posteriores o rectouterinos.

VAGINA: Es un tubo musculomembranoso longitud de aproximadamente 7-9 cm, se extiende desde el cuello del útero hasta el orificio vaginal. El vestíbulo de la vagina corresponde a la hendidura entre los labios menores, contiene los orificios externo de la uretra y vaginal, y las desembocaduras de las glándulas vestibulares.

Relaciones de la vagina:

- Anteriormente, el fondo de la vejiga urinaria y la uretra.
- Lateralmente, el elevador del ano, fascia pélvica visceral y los uréteres.
- Posteriormente (de inferior a superior), el conducto anal, el recto y el fondo de saco rectouterino.

GENITALES EXTERNOS FEMENINOS:

Los genitales externos femeninos incluyen: monte del pubis, labios mayores (encierran la hendidura vulvar), labios menores (encierran el vestíbulo de la vagina), clítoris, bulbos del vestíbulo, glándulas vestibulares mayores y menores.

MONTE DEL PUBIS: Eminencia formada de tejido adiposo subcutáneo, anterior a la sínfisis del pubis, tras la pubertad se cubre con vello púbico grueso.

LABIOS MAYORES: Son pliegues cutáneos prominentes, que sirven de protección para el clítoris, y el orificio externo de la uretra y vagina. Están formados por tejido conectivo laxo que contienen musculo liso y la terminación del ligamento redondo del útero. Se sitúan a cada lado de la hendidura vulvar, dentro de la cual se encuentre los labios menores y el vestíbulo.

LABIOS MENORES: Son pliegues cutáneos redondeados que carecen de grasa y vello, incluidos en la hendidura vulvar, rodean al vestíbulo de la vagina; presentan tejido conectivo esponjoso que contiene tejido eréctil en la base y pequeños vasos sanguíneos.

CLÍTORIS: Órgano eréctil, consta de raíz y un cuerpo, formado por dos pilares, dos cuerpos cavernosos, y el glande del clítoris. Éste es muy sensible y aumenta de tamaño con la estimulación táctil.

VESTÍBULO DE LA VAGINA:

Es el espacio rodeado por los labios menores y contiene las desembocaduras de la uretra, vagina, los conductos de las glándulas vestibulares mayores y menores. El orificio externo

de la uretra se localiza a 2-3 cm posteroinferior al glande del clítoris y anterior al orificio vaginal. A cada lado del orificio externo de la uretra se encuentran las aberturas de los conductos de las glándulas parauretrales.

BULBOS DEL VESTÍBULO:

Son masas pares de tejido eréctil alargado, de 3cm de largo, situados a los lados del orificio vaginal, cubiertos por músculos bulboesponjosos, homólogos al bulbo del pene.

GLÁNDULAS VESTIBULARES:

- **Glándulas vestibulares mayores:** (De Bartolino), con un diámetro aproximado de 0,5 cm localizados en el espacio perineal superficial a cada lado del vestíbulo. Estas secretan moco en el vestíbulo y vagina durante la excitación sexual.
- **Glándulas vestibulares menores:** Son más pequeñas, ubicadas a cada lado del vestíbulo de la vagina. Estas secretan moco en el vestíbulo de la vagina, que humedece los labios y vestíbulo de la vagina.

2.1.6 TEORÍAS DE LA RESPUESTA SEXUAL

2.1.6.1 MODELOS FISIOLÓGISTAS

2.1.6.1.1 MODELO DE MASTER Y JOHNSON (1966)

Los Investigadores William Master y Virginia Johnson, realizaron un estudio durante casi 12 años con hombres y mujeres para determinar la respuesta sexual en el ser humano,

filmaron y observaron aproximadamente 10.000 personas durante el acto sexual, entre ellas 382 mujeres de 18 a 70 años y 312 varones entre 21 y 89 años; el objetivo de dicho estudio fue definir de forma científica y objetiva los diferentes cambios físicos durante el acto sexual proponiendo así un modelo de la respuesta sexual humana siendo el mismo tanto para hombres como para mujeres, el mismo que se basa en cuatro etapas distintas que son: Excitación, Meseta, Orgasmo y Resolución.⁽¹⁵⁾ VER FIGURA 6

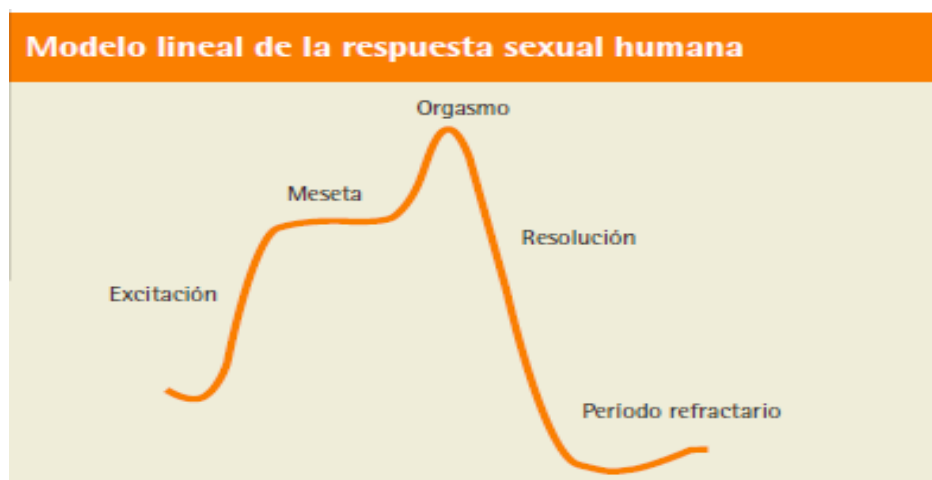


FIGURA 6: Modelo de Master y Johnson (1966). Tomado de: Gutiérrez B, Respuesta Sexual Humana. Actualización en Medicina de la familia. AMF 2010; 6(10):543-546 Móstoles Madrid.

Fase de excitación: Esta puede durar de varios minutos a varias horas, varía de acuerdo a la persona, los estímulos eróticos disparan el reflejo de la erección, con aumento de la tensión muscular y la frecuencia cardíaca en ambos sexos; pero más comúnmente en las mujeres la parte superior del cuerpo se enrojece produciendo un “*sex flush*” que corresponde a un estado ya avanzado de excitación sexual.

Mujer: La vasocongestión produce acúmulo de sangre en las paredes vaginales, lo que hace que se produzca lubricación vaginal proceso en el que el líquido extracelular brota por las paredes vaginales, además se produce engrosamiento de labios mayores y labios menores, erección del clítoris y erección del pezón.

Hombre: Erección del pene (vasodilatación de cuerpos cavernosos y esponjosos, que se traducen en el aumento de longitud y diámetro), engrosamiento del escroto, engrosamiento de testículos, elevación del testículo (contracción del cremáster) y erección del pezón.

Fase de meseta: Los niveles de excitación sexual llegan a su máximo pre orgásmico, se mantienen hasta el orgasmo, además en esta etapa ocurre el cierre de la vejiga, se deberá tomar en cuenta que esta etapa puede variar de persona a persona.

Mujer: Vasodilatación del 1/3 medio de la vagina, aumento en el tamaño de las mamas, los labios menores cambian de color de rojo a vino.

Hombre: Descarga de la glándula de Cowper que corresponde a la preeyaculación o emisión de gotas de semen, localizada cerca de la base del pene y el líquido liberado sale por la uretra reduciendo su acidez.

Fase de orgasmo: Durante ésta etapa los niveles de excitación sexual aumentan rápidamente produciéndose emisión de señales que se propagan por el nervio pudiendo hasta el segmento S2-S4 de la médula espinal, ocurre así el reflejo espinal del orgasmo. Las neuronas motoras en este arco reflejo se dirigen al músculo pubococcígeo para producir contracciones espasmódicas que liberan la energía acumulada durante la excitación sexual, éstas contracciones musculares son involuntarias; también se producen

contracciones esfinterianas, puede haber espasmo del músculo carpopedal del pie, hay aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, ambos sexos presentan una experiencia intensamente placentera en esta etapa.

Mujer: Se producen contracciones del útero, y en el 1/3 externo de la vagina, produciendo de 8 a 10 contracciones cada 0,8 segundos.

Hombre: Contracciones de la musculatura lisa y estriada, lo que produce emisión de líquido seminal en la parte posterior de la uretra, estas contracciones se producen desde la base del pene hacia afuera, el proceso de eyaculación se da en dos etapas:

Emisión.- La contracción avanza desde la base del músculo hacia la uretra, la válvula que conecta la vejiga con la uretra se cierra evitando el fluido seminal a la vejiga.

Expulsión.- Ocurre cuando la contracción llega a la uretra y comienza moverse hacia el meato, expulsando así el fluido seminal, y con cada contracción se repite este proceso.

Fase de resolución: En ésta las condiciones hemodinámicas vuelven a niveles normales de frecuencia cardíaca, presión arterial, respiración y contracción muscular, presentando una sensación de bienestar; sin embargo algunas mujeres pueden volver a la fase orgásmica incluso llegando a presentar orgasmos por varias ocasiones, a diferencia de los hombres en los que no se presentan de manera consecutiva sin embargo pueden mantener una erección parcial.

2.1.6.1.2 MODELO DE HELEN SINGER KAPLAN (1979):

Helen Kaplan, propuso un modelo de la respuesta sexual que permitió comprender aspectos psicológicos de la respuesta sexual, siendo manifiesto de la importancia del deseo erótico no solo como una “fase” del ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual, sino como entidad neurofisiológica independiente. ⁽¹⁶⁾ Además añade una fase previa a la excitación, la fase del deseo. *Ver FIGURA 7*

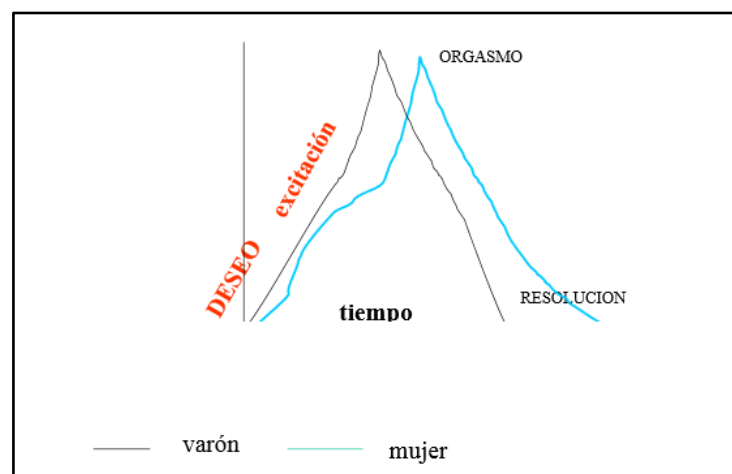


FIGURA 7: Modelo de Helen Singer Kaplan (1979). Tomado de: López C. Disfunciones Sexuales Orgánicas. Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca.

Etapas de deseo: El desear la interacción sexual, hace que la persona busque la manera de tener el encuentro sexual, aunque esta sea muy común no siempre se da en la misma intensidad en todas las personas, se cree que puede provenir de dos fuentes, la primera que se origina en la corteza cerebral como tener fantasías de índole erótico como también el pensar en placeres de una relación sexual, y la segunda tiene que ver con sensaciones

táctiles como se describe en el modelo de Masters y Johnson. Existen situaciones o prioridades que pueden evitar el deseo sexual. ⁽¹⁷⁾

Etapa de la excitación: Durante esta etapa Kaplan no encuentra gran diferencia entre la etapa de excitación y la de meseta del modelo de Master Jhonson, durante ésta describe procesos bio-fisiológicos, como son la vasocongestión y también describe a la miotonía que corresponde al aumento en la tensión muscular entre ellos del músculo pubococcígeo.

Etapa del orgasmo: Al igual que el modelo de Master y Jhonson, este implica el reflejo orgásmico a nivel del cordón espinal, que lleva a contracciones espasmódicas de manera que libera la tensión acumulada durante la miotonía.

2.1.6.1.3 MODELO DE BASSON:

Basson et al. Definieron un modelo cíclico biopsicosocial de la respuesta sexual femenina. En él involucran aspectos físicos, emocionales y cognitivos, en el que la mujer presenta un deseo espontáneo, o tener una postura sexual neutra, si los estímulos son adecuados y suficientes pasa de la neutralidad a la excitación <<deseo reactivo>>, cuando esta se complementa con un buen resultado tanto físico como emocional se produce la motivación sexual, luego llega a la satisfacción y el placer en el que puede o no darse el orgasmo. Además, dicha satisfacción incluye la adecuada comunicación con la pareja, intimidad emocional, expresión afectiva, complacer a la pareja, autoestima, el bienestar; todo esto influye en que la mujer desee nuevos encuentros sexuales. ⁽¹⁸⁾ Ver FIGURA 8

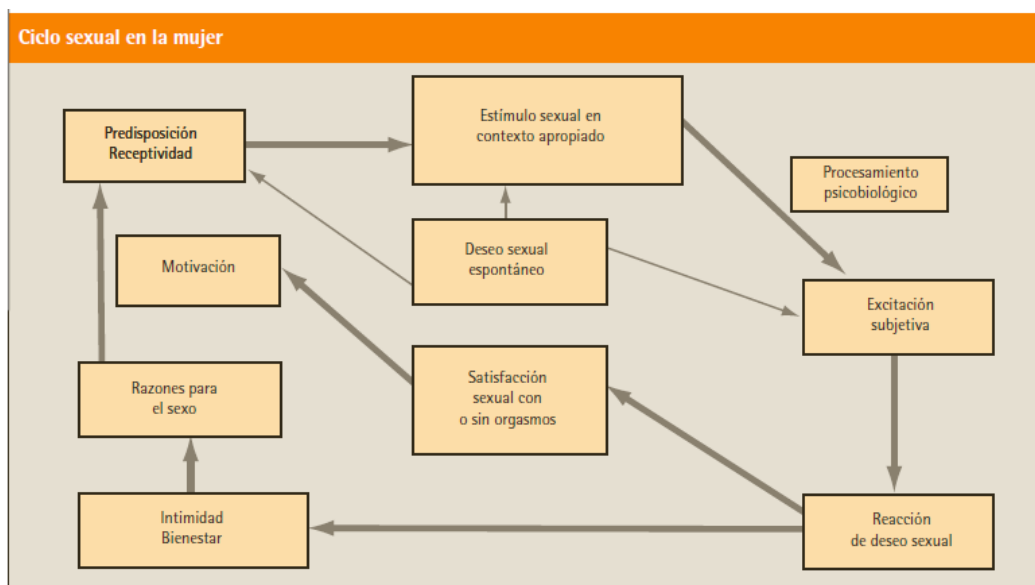


FIGURA 8: Modelo de Basson. Tomado de: Gutiérrez B, Respuesta Sexual Humana. Actualización en Medicina de familia. AMF 2010;6 (10):543-546 Móstoles Madrid.

2.1.6.2 MODELOS PSICOLOGISTAS

2.1.6.2.1 MODELO COGNITIVO DE WALEN & ROTH) (1987)

Describe la respuesta sexual positiva, ésta inicia con la percepción de un estímulo sexual (recibir un beso en el cuello), una vez percibido el estímulo, se analiza si es positivo para la persona, esta etapa corresponde a la de evaluación, entonces producirá la siguiente etapa que es la excitación, y se pondrán respuestas fisiológicas (erección, lubricación, ruborización), y luego se dará la conducta sexual. ⁽¹⁹⁾

2.1.7 CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE LOS GENITALES EN LA RESPUESTA SEXUAL FEMENINA

Los cambios fisiológicos de los genitales en la respuesta sexual femenina son excitación, orgasmo y resolución mismos que describimos a continuación.

EXCITACIÓN

Esta fase se caracteriza por un aumento en el aporte sanguíneo a los órganos genitales manifestada con la vasodilatación, erección del clítoris que puede llegar a duplicar su volumen, y la vasocongestión de la vagina, y de la pirámide vulvar; esto determina el aumento de tamaño y dilatación de la vulva, acompañándose además de la lubricación vaginal.

La lubricación vaginal, ocurre rápidamente siendo (desde pocos segundos en las mujeres jóvenes hasta 2-4 minutos en mujeres maduras). El líquido de lubricación vaginal está formado por el proceso de trasudación a través de las paredes de la vagina del plasma sanguíneo procedente del plexo vascular subepitelial dilatado, con el aumento en el volumen del trasudado lleva a que se sature la limitada capacidad de reabsorción del Na^+ de manera que este ión escapa hacia la luz lo que produce un arrastre de un volumen mayor de agua incrementando la lubricación. Éste proceso tiene como función facilitar la penetración y movilidad del pene dentro de la vagina, además de neutralizar el pH vaginal, que facilitará la supervivencia de los espermatozoides, aunque este proceso no es siempre imprescindible para que se produzca el embarazo ya que muchas mujeres embarazadas no

han llegado a la excitación. Es indispensable para este proceso la estimulación por parte de los estrógenos, lo que explica la disminución en la lubricación luego de la menopausia. ⁽²⁰⁾

En la mujer las glándulas uretrales y parauretrales, aumentan su secreción durante la excitación, que en algunas mujeres su secreción puede ser perceptible durante el orgasmo. Las glándulas de Bartholino aumentan su secreción lo que ayuda a la lubricación en el introito vulvar.

Durante la excitación, la congestión del plexo vascular lleva al engrosamiento del tercio externo de la vagina, producida durante la fase “plataforma orgásmica” descrita por Master y Johnson. Durante esta fase también se produce el estiramiento hacia arriba la pared posterior de la vagina que ha confirmado por resonancia magnética, esto es atribuido a la contracción del músculo liso presente en los ligamentos cardinales y sacrouterinos, que tiran el cuello uterino y la porción superior de la vagina hacia arriba y los lados. ⁽²¹⁾

ORGASMO:

En esta etapa se producen contracciones de la musculatura lisa y estriada de los órganos genitales, en la mujer pueden producirse contracciones de hasta 8-12 veces, de los músculos estriados del piso de la pelvis, en especial del pubovaginal encargado del estrechamiento de la porción externa de la vagina, además el ano también se contrae de forma intermitente. Esta es una de las etapas afectadas en mujeres con pérdida del tono del suelo pélvico, ya que predispone a problemas de prolapsos e incontinencia uterina, esto se ha relacionado con la afectación en la intensidad y placer durante la relación sexual.

Durante esta etapa también podría producirse contracciones uterinas que se las han asociado con una sensación de tipo más placentera.

RESOLUCIÓN:

Esta fase corresponde al regreso de la funcionalidad basal, con disminución en la vasocongestión y relajación muscular. Tiene una duración de varios minutos y su tiempo es mayor conforme aumenta la edad, y es más característico en el hombre. Se debe tomar en cuenta que en la mujer luego del orgasmo aún puede mantener niveles de excitación lo que le hace diferenciarse en ese aspecto de los hombres, al ser multiorgásmica. ⁽²²⁾

2.1.8 CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE LOS GENITALES EN LA RESPUESTA SEXUAL MASCULINA

Los cambios fisiológicos en la respuesta sexual masculina son erección, polución, eyaculación y remisión. Los cuales se describen a continuación:

ERECCIÓN:

Al recibir el estímulo erótico, se procede al cierre de las anastomosis arteriovenosas por donde la sangre ingresa a los senos vacíos de los cuerpos cavernosos. El músculo liso de las trabéculas fibrosas y las arterias helicinas se relajan es decir es inhibido por estimulación parasimpática (S2-S3 a través de los nervios cavernosos del plexo nervioso prostático). Esto produce que las arterias helicinas se dilaten lo que permite que la sangre fluya al interior de los espacios cavernoso del cuerpo del pene.

Los músculos bulboesponjoso y el isquiocavernoso, comprimen las venas de los cuerpos cavernosos e impiden el retorno venoso, por lo que los cuerpos cavernosos se llenan de sangre y se produzca la erección.

POLUCIÓN:

Corresponde a la respuesta simpática de los nervios L1-L2, en esta etapa el semen es conducido hacia la uretra prostática, por los conductos eyaculadores, por medio de los conductos deferentes y las vesículas seminales. , al contraerse la próstata se añade líquido prostático al líquido seminal.

EYACULACIÓN:

Durante esta fase el semen es expulsado de la uretra a través del orificio externo de la uretra. Esto se produce por:

- Cierre del esfínter interno de la uretra al nivel del cuello de la vejiga urinaria → respuesta simpática (S2-S4)
- Contracción del músculo uretral → respuesta parasimpática (S2-S4)
- Contracción de los músculos bulboesponjosos, intervienen los nervios pudendos (S2-S4)

REMISIÓN

Luego de la eyaculación, el pene regresa a un estado de flaccidez, por la estimulación simpática que causa la constricción de la musculatura lisa de las arterias helicinales. Los

músculos isquicavernosos y bulboesponjosos se relajan, y la sangre drena de los espacios cavernosos hacia la vena dorsal profunda.

2.1.9 CAMBIOS FISIOLÓGICOS EXTRAGENITALES DURANTE LA RESPUESTA SEXUAL

Los cambios extragenitales incluyen a los somáticos y a los psíquicos, que suelen corresponder a sensaciones de tipo placenteras. Además desde el punto de vista somático, estos cambios permiten aumentar el aporte de sangre y oxígeno a los órganos genitales como también tienen la función de disipar el calor.

Durante la excitación se produce un aumento progresivo de la presión arterial, frecuencia cardíaca, ventilación pulmonar, alcanzándose el máximo durante el orgasmo, luego de lo cual decae progresivamente. ⁽²³⁾

Entre los cambios psíquicos se ha descrito alteraciones en la percepción sensorial, con elevación de los umbrales de percepción dolorosa en diferentes partes del cuerpo que ocurre durante la excitación sexual intensa y en el orgasmo. Además en laboratorio se ha evidenciado una alteración en la percepción del tiempo, teniendo una percepción subjetiva menor al tiempo real generalmente a menos de la mitad. Durante el orgasmo también se produce una desconexión de la conciencia con la realidad, pudiendo llegar incluso a la pérdida de la conciencia.

2.1.9.1 REGULACIÓN NEURONAL EN LA RESPUESTA SEXUAL

La respuesta fisiológica está regulada por el Sistema Nervioso Central, por lo que esquemáticamente se ha determinado tres niveles. ⁽²⁴⁾

Primer nivel: Regulado por el sistema Nervioso Simpático y el Sistema Nervioso Parasimpático. Los estímulos nerviosos son recibidos desde los receptores espinales en la región lumbar en la región de pelvis y genital están regulados por el sistema Nervioso Simpático que es el encargado de la eyaculación y orgasmo, en tanto que El Sistema Parasimpático, mediante la región sacra de la médula espinal regula respuestas como la erección y la lubricación genital.

Segundo Nivel: Este corresponde al sistema límbico y al tallo cerebral que regula funciones “instintivas”, automáticas de la sexualidad, la información que recibe de la médula dorsal condiciona la respuesta hipotalámica, mediante el eje hipotálamo- hipófisis- gónadas, interviniendo tanto hormonas como neurotransmisores.

Tercer Nivel: El nivel cortical, regula funciones tanto cognitiva y regula la afectividad, fantasías, el placer. Regiones cerebrales como el núcleo caudado o cíngulo actúan sobre el hipotálamo; el septum (“cerebro orgásmico”) y la amígdala (“cerebro inhibidor”). La respuesta sexual está condicionada por nuestra percepción de lo atractivo o lo feo, normas y valores.

El deseo sexual está regulado por áreas cerebrales y medulares; 2 áreas del hipotálamo: el área preóptica media cuyo neurotransmisor es la dopamina, y el núcleo paraventricular cuyos neurotransmisores son la dopamina y la oxitocina.

Se menciona además que existe diferencia en cuanto a la excitación en el hombre y en la mujer, que estaría regulada por la amígdala izquierda. Cuando se presenta un estímulo

exitatorio se liberan neurotransmisores proeréctiles que, llevan a la relajación de la musculatura lisa vascular del pene lo que aumenta el aporte sanguíneo local.

Se cree que el control inhibitorio de la actividad sexual radica en el núcleo paragigantocelular cuyo neurotransmisor modulador es la serotonina que antagoniza a los neurotransmisores proeréctiles.

Gracias a estudios en los que se ha utilizado resonancia magnética nuclear y PET (Tomografía por emisión de positrones), se ha confirmado la similitud existente entre áreas de activación sexual en animales y en seres humanos, producidos tras estímulos sexuales tanto auditivos como visuales; siendo estos correspondientes a áreas como: corteza cingulada (involucrada en la expresión emocional y control neurovegetativo), corteza temporal, ínsula (percepción e integración de sensaciones viscerales), el núcleo caudado y accumbens (procesos apetitivos-motivacionales), hipotálamo, cerebelo; sin embargo se descubrió que la amígdala no se activa en los animales. ^(25,26)

En el hombre se ha notado que tienen mayor interés en la respuesta sexual al estímulo visual a diferencia de la mujer, es por esto que se ha dado una explicación basada en una mayor activación del hipotálamo y la amígdala en el hombre que en la mujer. ⁽²⁷⁾

Los órganos genitales femeninos inervados por 2 divisiones del sistema nervioso autónomo.

Las fibras simpáticas procedentes del plexo hipogástrico que tienen su origen en la columna intermedia lateral de la médula espinal toracolumbar (T11-L2), ésta región se encarga de producir vasoconstricción de los órganos eréctiles y la vagina.

Las fibras parasimpáticas, originadas en los niveles medulares sacros S2-S4, forman los nervios pélvicos erectores, junto con la liberación de NO y VIP, producen la vasodilatación de los órganos eréctiles y lubricación vaginal

El nervio pudendo (S2-S4), da inervación somatotropa a los músculos estriados que participan en la respuesta orgásmica (pubovagina, bulboesponjoso, isquiocavernoso, esfínter anal), además este nervio lleva las fibras sensitivas de la región genital que tienen su mayor densidad a nivel del glándula del clítoris y conducen la estimulación de tipo vibrotáctil. La inervación sensorial de la vagina, es más densa en el tercio externo, especialmente en la pared anterior, lo que se traduce en una mayor sensibilidad erótica a la estimulación táctil o de presión.

Entre los principales nervios que interviene en la respuesta sexual se encuentran *ANEXO 3*

RAICES	NERVIO	TIPO	NEUROTRANSMISOR	FUNCIÓN
S3 (S2 – S4)	Nervio pélvico	Parasimpático	Óxido nítrico, neuropéptido VIP, Acetilcolina	Erección, lubricación vaginal
T12 – L2	Nervio hipogástrico	Simpático	Noradrenalina	Emisión seminal, contracciones uterinas, destumescencia
S2 –S4	Nervio pudendo	<u>SOMATOMOR:</u> (músculos bulboesponjoso, isquicavernoso, pubocigeo) <u>SOMATOSENSORIAL:</u> Sensibilidad de genitales externos	Acetilcolina	Erección, eyaculación, contracciones orgásmicas, sensibilidad táctil.

ANEXO 3: Tomado de: Castroviejo F., Función sexual femenina en Castilla y León: Rangos de Normalidad. Universidad de Valladolid. [En línea]. España 2010.

Gracias a estudios neurofisiológicos y de neuroimagen, el nervio vago transmite las señales producidas por presión provenientes del cuello del útero que pueden llegar a producir orgasmo en mujeres con lesiones medulares por encima del nivel torácico. ⁽²⁸⁾

2.1.9.2 REGULACIÓN HORMONAL EN LA RESPUESTA SEXUAL

En la función sexual humana se le reconoce un importante soporte hormonal, en especial por parte de los esteroides gonadales, entre ellos los mayor importancia son los estrógenos y andrógenos, sin embargo éstos no son los únicos y se ha descubierto la función de otras hormonas y de ciertos neurotransmisores.

Andrógenos: La testosterona desempeña un papel importante en el interés sexual, tanto en el hombre como en la mujer, aunque en ésta última aún no existe suficiente evidencia que lo confirme, en tanto que en el hombre se produce aumento en los niveles de testosterona durante la pubertad lo que explicaría el interés sexual. En la mujer los niveles de testosterona aumentan durante la fase folicular, o alrededor de la ovulación.

Se menciona también la disminución del interés sexual durante la lactancia momento en que la testosterona disminuye.

Estrógenos: Los estrógenos exógenos tienen un efecto negativo en la sexualidad de los hombres, disminuye el interés sexual, en las mujeres aún no está claro si intervienen en el interés sexual pero lo que sí es evidente es su función en el estado trófico de la vagina y en

su capacidad de lubricación. Hay estudios que mencionan al etinilestradiol en relación al interés sexual.

Oxitocina: En hombres y mujeres aumentan sus niveles durante la actividad sexual, alcanzando niveles máximos durante la etapa del orgasmo, incluso actúa como facilitador para el transporte del espermatozoides, por su acción a nivel del músculo liso del tracto reproductivo.

B- endorfina: tiene efectos sexuales inhibidores dosis dependientes, pueden inhibir la activación de la secuencia del acto sexual.

Prolactina: Se ha evidenciado que esta aumenta luego del orgasmo, atribuido al “período refractario”, durante la fase de resolución. En hombres con hiperprolactinemia disminuye el interés sexual la respuesta eréctil, aunque aún está por dilucidar si esto se debe al propio aumento de esta hormona o al hipogonadismo secundario lo cual es frecuente en esta enfermedad.

En la mujer la hiperprolactinemia puede contribuir a la sequedad vaginal y dispareunia consecuencia de la privación de estrógeno, se ha evidenciado el aumento de prolactina tras el orgasmo en mujeres y hombres.

2.1.9.3 REGULACIÓN VASCULAR DE LA RESPUESTA SEXUAL

Durante la fase de excitación como ya se mencionó antes, se produce el aumento del aporte sanguíneo a las sinusoides de clítoris, paredes vaginales, uretra, interior de labios menores;

esto se debe por la relajación de las células musculares lisas de arteriolas que los irrigan. En este proceso intervienen mediadores químicos, de origen neurológico, paracrino y autocrino. Entre ellos uno de los que depende el estado de contracción o relajación es el calcio, que al incrementar la concentración intracisotosólica aumenta la respuesta a la estimulación de receptores alfa adrenérgico, produciendo así la contracción que se refleja en la detumescencia. En el caso que la concentración de Ca disminuya, aumentan los valores de GMPc y AMPc, esto lleva a la relajación del musculo liso con ingreso de sangre a lo que se denomina tumescencia.

Se ha relacionado la producción de AMPc con el aumento de receptores acoplados a la adenilato ciclasa como es el caso del péptido intestinal vasoactivo, que es secretado en la vagina por nervios erectores, donde interviene en el papel de la lubricación. ⁽²⁹⁾

2.1.9.4 MECANISMOS DE ÓRGANOS SENSORIALES DURANTE LA RESPUESTA SEXUAL

Son los encargados de percibir los estímulos sexuales ambientales, la evidencia demuestra que actúan junto con la estimulación hormonal.

OLFATO:

El olfato actúa en la quimiorrecepción, éste es un órgano receptor formado por neuronas especiales localizadas en posición periférica, el epitelio olfativo se compone de tres tipos de células; las neuronas olfativas, las células de apoyo y las células básicas. Se ha

demostrado la relación entre el olfato y la función gonadal representado que en síndrome de Kallman, que constituye la anosmia, eunucoidismo e hipogonadismo hipogonadotrópico, consecuencia de la falta de centros gonadotrópicos en el hipotálamo, esto es causa de un desplazamiento inadecuado de las células LHRH que son producidas en la placa olfativa, es por este motivo que se relaciona el olfato, la actividad endócrina y sexual (Kaplan, 1979).

La función del olfato en la actividad sexual también se ve reflejada en los cambios involutivos morfológicos del epitelio olfativo que ocurre en estados de hipoestrogenismo, lo que se cree puede llevar a la disminución de la libido. Además estos cambios pueden reducir la respuesta a las feromonas, considerado un factor de atracción sexual, que aumenta la libido y lleva a la excitación. ⁽³⁰⁾

En un estudio epidemiológico que se realizó en Madrid-España en el año 2009, para estudiar la relación existente entre el cuestionario ICIQ-UI SF y el KHQ (King's Health Questionnaire) en relación a la Calidad de Vida en pacientes diagnosticados de Incontinencia urinaria, con 1.292 de mujeres sexualmente activas; las mujeres con pérdidas involuntarias de orina durante el acto sexual corresponde al 36,2%, (5). Se cree que la pérdida de orina durante la relación sexual puede llegar a provocar en la mujer una sensación de sentirse indeseable para su pareja y no se pueda llevar un adecuado encuentro sexual. ⁽³¹⁾

GUSTO:

El gusto es un factor clave en sensaciones de la respuesta sexual, siendo más evidente en las mujeres. Durante el deseo y la excitación sexual se produce un aumento de la salivación, se cree que la sequedad de la boca se puede relacionar con estados hipoestrogénicos, sin embargo aún está por estudiarse su relación con la libido. ⁽³²⁾

TACTO:

El amor es el factor más fuerte del vínculo de la pareja que se da través de la piel (Bowlby, 1988; Shaver y Hazan 1995). La oxitocina es un factor neuroquímico que se potencia como respuesta al deseo de contacto con la piel y es un mediador de la necesidad cerebral de la vinculación (Pfaus y Everitt, 1995). Además este sentido junto al gusto y al olfato interviene en la libido de la mujer. El aspecto sensitivo y emocional de la libido está relacionado con el vínculo sensitivo y amoroso de la relación madre e hijo desde la infancia (Bowlby 1988) ⁽³³⁾

2.2.1 DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Los trastornos sexuales se caracterizan por una afectación de los procesos propios del ciclo de la respuesta sexual o dispareunia, viéndose afectada una o varias áreas de la función sexual tales como el deseo, excitación, orgasmo y/o resolución que evitan al individuo o su pareja disfruten el acto. Estas afectaciones pueden manifestarse al inicio de la vida sexual o pueden desarrollarse paulatinamente con el tiempo.

El trastorno sexual solamente es detectado cuando la vida de la persona o interpersonal se encuentra afectada dentro de lo cual es importante determinar si la causa inicial es de tipo sexual o se encuentra relacionada con la pareja.

La falta de entrenamiento, el poco tiempo en la consulta, la incomodidad frente al tema y falta de tratamientos efectivos hace que los médicos aborden el tema con poca frecuencia o no lo aborden. Para ello se estandarizó una nemotecnia muy fácil y útil “ALLOW”.^(34,35)

- *Ask*: Preguntar acerca de las preocupaciones sexuales.
- *Legitimize*: dar legitimidad al problema
- *Limitation*: Identificar las limitaciones para abordar la cuestión.
- *Open discusión*: Tener apertura para la discusión, incluyendo si es necesario derivar al paciente.
- *Work*: Trabajar en un plan conjunto; es decir, médico – paciente.

La anamnesis siempre debe estar dirigida en aquellos factores que se han asociado con la disfunción sexual femenina.

La terapia no farmacológica es inicialmente bajo medidas educativas y cambios del estilo de vida y conductuales. Terapia farmacológica basada principalmente en estrógenos que permiten incrementar el flujo sanguíneo genital y favorece la lubricación y la testosterona que pudiera mejorar la libido; además, L – Arginina: aumenta la concentración de óxido nítrico encargada de determinar la congestión vascular genital; pero, no se han obtenido mayores estudios al respecto.⁽³⁶⁾

2.2.1.1 TRASTORNO DEL DESEO SEXUAL

El trastorno del deseo sexual es una de las causas más comunes de disfunción sexual femenina presentándose en el 30 a 40% principalmente en mujeres a partir de los 40 años de edad lo cual estaría relacionado con el descenso hormonal y/o presencia de enfermedades crónicas; también, se puede presentar en mujeres jóvenes a causa del consumo de medicación como los SIRS, anticonceptivos orales, corticoides o relaciones disfuncionales que vienen ligadas a depresión.

Tomando en cuenta que la primera fase de la función sexual se encuentra influenciada por la personalidad, motivación e impulsos de la persona; además, de las fantasías sexuales y el deseo de tener relaciones sexuales encontramos que la afectación en esta fase está determinada por dos tipos de trastornos que son:

- a. *Trastorno por aversión al sexo* “es la persistente o recurrente aversión para evitar el contacto sexual con una pareja, que causa angustia o malestar personal”. ⁽³⁷⁾
- b. *El trastorno del deseo sexual hipoactivo* se lo define como la “persistente o recurrente deficiencia o ausencia de fantasías sexuales y/o deseo, o receptividad de actividad sexual” ⁽³⁶⁾ que causa angustia o malestar personal o con la pareja.

El tratamiento está dirigido principalmente al desencadenante tomando en cuenta que la principal causa de deseo sexual hipoactivo estaría relacionado con depresión o disfunción familiar o en pareja.

2.2.1.2 TRASTORNO DE LA EXCITACIÓN SEXUAL

El trastorno de la excitación sexual se presenta en el 9 al 32% de la población femenina con un incremento de la incidencia del 52% en la población de entre 40 a 70 años los cuales estarían relacionados con el influjo hormonal. La DSM IV la define como la persistente o recurrente incapacidad persistente para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación, causando angustia o malestar personal. Puede ser expresado como una pérdida subjetiva de excitación o la pérdida de la lubricación o congestión genital u otra respuesta somática.

2.2.1.3 TRASTORNO ORGÁSMICO

La anorgasmia femenina se presenta en el 16 al 30% y se la define como ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo a pesar de una adecuada excitación con cualquier tipo de estimulación. El diagnóstico de trastorno orgásmico femenino debe efectuarse cuando la opinión médica considera que la capacidad orgásmica de una mujer es inferior en relación a la edad, experiencia sexual y estimulación sexual recibida. ⁽³⁸⁾ Dentro de esta patología se presentan los principales problemas:

- Dificultad para alcanzar el orgasmo
- Anorgasmia o falta de orgasmo
- Orgasmo prematuro o rápido
- Orgasmo retardado, no existe dificultad, pero precisa un largo (al menos como percepción subjetiva) período de excitación. ⁽³⁹⁾

Existen dos tipos de anorgasmia la primaria que se presenta en el 5 al 10% de los casos y son aquellas que han persistido durante toda la vida y la anorgasmia secundaria que constituye la mayoría de los casos la cual estaría relacionada con problemas de relación de pareja, medicamentos, enfermedades crónicas, abuso de sustancias y ansiedad durante el orgasmo. ⁽⁴⁰⁾

2.2.1.4 TRASTORNO SEXUAL POR DOLOR

La dispareunia se presenta es el dolor genital o dolor asociado a la penetración durante la relación sexual, que causa angustia o malestar personal. Esta puede ser:

- Primaria es aquella que ha estado presente durante toda la vida.
- Secundaria
 - o Presente en el momento de la penetración
 - o Durante la relación sexual vigorosa
 - o incluye una posición en la que la penetración es más profunda. ⁽⁴¹⁾

Dentro de esta patología es necesario descartar enfermedades pélvicas que podrían ser las causantes del dolor genital o durante la penetración tales como: quistes de Bartolino, vulvitis, irritación o hipersensibilidad del clítoris, miomatosis, endometriosis, enfermedad pélvica inflamatoria, cistitis, síndrome adherencia, prolapso vaginal, dolor apical de la vagina después de la histerectomía secundaria a endometriosis o dolor neuropático.

2.2.1.5 TRASTORNO SEXUAL DEBIDA A UNA ENFERMEDAD MÉDICA

La función sexual es multifactorial y requiere la integridad de factores neurológicos, endocrino y vasculares que permiten a la mujer responder positivamente a los estímulos sexuales; por ello, puede verse afectada por diferentes factores psicológicos, medicación o diversas enfermedades que se encuentran descritas en el *ANEXO 4* las cuales conducirían a trastornos sexuales.

La prevalencia de trastornos sexuales en sus diferentes fases son dos a tres veces mayores en las mujeres que presentan algún tipo de enfermedad médica con mayor afectación en mujeres diabéticas en un 75% en relación con grupo control cuyo resultado fue del 30.6% seguida por la hipertensión que afecta a un 42,1% de los pacientes. La sintomatología puede minimizarse cuando el paciente recibe tratamiento adecuado para su patología de base.

2.2.1.6 TRASTORNO SEXUAL INDUCIDO POR SUSTANCIA

Los fármacos causantes de la afección de la función sexual se encuentran descritos en el *ANEXO 5* estos intervienen a nivel de los sistemas de neurotransmisión en la respuesta sexual afectando según su mecanismo de acción a las vías tales como la adrenérgica, serotoninérgica y dopaminérgica causando disfunción sexual en las diferentes fases.

La disfunción sexual es posiblemente uno de los efectos adversos más frecuentes y persistentes de los antidepresivos tricíclicos, tenemos que, la incidencia es: 39% con fluoxetina, 75,5% con paroxetina, 78,8% con sertralina, 28,9% con citalopram y 80% con

venlafaxina por lo que es necesario valorar su presencia de forma sistemática en pacientes sexualmente activos en tratamiento principalmente con velafaxina y sertralina, los cuales estarían relacionados con la disminución del libido, retraso en el orgasmo y eyaculación y anorgasmia debido a su efecto inhibitorio en la producción de serotonina y noradrenalina.

(42,43)

Los estímulos serotoninérgicos actúan en tres niveles centrales causando anorgasmia, espinal inhibiendo la eyaculación y los periféricos se encargan de relajar la musculatura lisa del tejido eréctil. Esta a su vez puede inhibir los efectos adrenérgicos necesarios para la erección, eyaculación y orgasmo así como también afectar a la vía de la dopamina causando anorgasmia. ⁽⁴⁴⁾

La hipertensión arterial es una enfermedad que por sí sola puede ser causante de disfunción sexual, la medicación para el tratamiento primario de dicha enfermedad son los diuréticos teniendo menor afectación en la función sexual femenina y con mayor impacto en la masculina siendo el medicamento con el que mayor incidencia se ha encontrado es la clortalidona.

Los diuréticos tiazídicos no tienen efectos significativos sobre el sistema nervioso central, autónomo y hormonal; entonces, se los relaciona con efectos directos sobre el músculo liso o la disminución de la respuesta de catecolaminas, reducción del volumen extracelular o depleción de zinc causaría reducción de la testosterona. ⁽⁴⁵⁾

Por la similaridad estructural con progesterona y estrógenos la esprinolactona produce disminución del libido, impotencia, inhibición de la lubricación y ginecomastia a través de la inhibición a nivel de los receptores de dihidrotestosterona.

La prazosina es el medicamento más genuino de los adrenérgicos sería causante de impotencia, eyaculación retrógrada y priapismo, al igual que la terazosina y alfuzosina para el primero y doxazosina y terazosina para el segundo.

Los estrógenos, corticoides y esteroides anabolizantes producen disminución del libido e impotencia al suprimir la liberación de LH y testosterona a nivel del eje hipotalámico – hipofisario – gonadal.

Otras sustancias como el alcohol y drogas tendrían efectos tanto positivos como negativos sobre la función sexual.

El alcohol en moderada cantidad hace a la persona más receptiva a su pareja; pero, también inhibe el eje hipotalámico – hipofisario – suprarrenal disminuyendo los niveles de estradiol interfiriendo con la lubricación vaginal. En el alcoholismo existe pérdida del deseo, excitación y dificultades para llegar al orgasmo.

El cannabis, opioides y éxtasis están relacionados con incremento de la desinhibición sexual además de incrementar las fantasías sexuales. ^(46,47)

Los inhibidores de la receptación de la dopamina como la anfetamina y cocaína facilitan la erección ⁽⁴⁸⁾; pero, su consumo crónico causaría efectos negativos en su vida sexual así como en las mujeres que usan el crack también reportan altos niveles de disfunción sexual.

⁽⁴⁹⁾

2.2.1.7 TRASTORNO SEXUAL NO ESPECIFICADO

2.2.1.7.1 VAGINISMO:

El vaginismo se encuentra presente en el 3% de los casos y se lo define como el persistente o recurrente espasmo involuntario del tercio anterior de la vagina que interfiere en la penetración vaginal causando niveles elevados de angustia y discomfort. Es una condición multidimensional que puede tener como desencadenante la ansiedad; además, está relacionado con dolor coital, enfermedad inflamatoria pélvica, cirugía ginecológica, atrofia urogenital o el parto.

El vaginismo puede ser primario (durante toda la vida), secundario (aparece en el transcurso), completo, parcial o situacional.

La paciente referirá dolor durante la relación sexual, referirá una sensación que quema, corte en la vagina o una lija frotando la vagina.

Para un tratamiento de la patología se requiere un análisis completo que permita determinar el factor desencadenante para tratarlo además, en esta disfunción se recomiendan los ejercicios de Kegel invertidos y dilatación vaginal progresiva.

2.2.1.8 TRASTORNO DEL DOLOR SEXUAL NO COITAL:

Persistente o recurrente dolor genital inducido por una estimulación sexual no coital que causa angustia o malestar personal.

ENFERMEDADES MEDICAS QUE AFECTAN A LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA						
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	ENFERMEDADES ENDÓCRINAS	ENFERMEDADES EN GASTROENTEROLOGÍA	ENFERMEDADES AUTOINMUNES	ENFERMEDADES INFECCIOSAS	ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS	ENFERMEDADES PSICOLÓGICAS
Hipertensión	Diabetes mellitus	Disfunción hepática	Lupus	Enfermedades de transmisión sexual	Epilepsia	Depresión
Enfermedad coronaria	Desórdenes tiroideos		Eritematosis		esclerosis múltiple	Bipolaridad
	Hiperprolactinemia		Fibromyalgia		Trauma craneocerebral	Abuso sexual
	Desórdenes suprarrenales		Artritis		Enfermedades degenerativas (enfermedad de Parkinson, demencia hipotalámica).	Adicción
	Hipopituitarismo					Esquizofrenia
						Trastornos de la personalidad
						Ansiedad

ANEXO 4: Tomado de Female Sexual Health Consensus Clinical Guidelines Journal of Obstetrics and Gynecology Canada Volume 34, Number 8 • volume 34, numeral 8.

DROGAS CAUSANTES DE DISFUNCIÓN SEXUAL				
PSICOTROPICOS	ANTIEPILEPTICOS	ANTIHIPERTENSIVOS	ANTINCONCEPTIVOS ORALES	OTROS
Inhibidores de la serotonina		B- bloqueantes	Hipoandrogenicos	H2 – Bloqueadores
Antidepresivos triciclicos		Diuréticos		AINES
MAOIs				Esteroides
Estabilizadores del animo (litio)				Alcohol, drogas

ANEXO 5: Tomado de: F. Hurtado, P. Escrivá, A. Catalán, J. Mir. Vademecum sexual: Fármacos y disfunción sexual C. Med. Psicosom, N° 62 / 63 – 2002.

CAPITULO III

3.1 JUSTIFICACIÓN

El tema de la incontinencia urinaria hoy en día es considerado un problema de salud, que implica afectación tanto física, laboral, y psicosocial. Aunque es evidente que en la consulta médica poco valor se da un enfoque biopsicosocial como se ha tratado de enfocar a la salud desde 1946, tiempo en el que la OMS dio una definición de salud mucho más amplia e integral en la que enfocaba los aspectos antes mencionados, es por este motivo que nos vemos en la obligación de cuestionarnos y dar valor a este tipo de visión integradora.

Si bien el propósito de un médico es tratar a la enfermedad, y buscar solución a los problemas planteados por el paciente, muy pocas veces se da importancia al tema de sexualidad en las pacientes, quizá porque por su parte no hay la confianza para preguntar sobre inquietudes o porque quizá vivimos en una sociedad que no se permite a sí misma la aceptación de que es un problema en su bienestar tanto físico como emocional, es por esto que queremos rescatar y analizar estos problemas que han sido olvidados o que quizá no se da la importancia debida por el personal de salud médico, y fomentar en la población una visión amplia acerca de la sexualidad que es parte fundamental del ser humano y tiene gran importancia en su calidad de vida.

En el campo epidemiológico el uso de cuestionarios es una herramienta para definir el tipo de pregunta clínica, y medir resultados, además permite la medición objetiva de fenómenos

subjetivos, y en este caso el impacto que representa en la calidad de vida, además que permite proporcionar al interrogado la confianza de responder en el tiempo que éste considere necesario, y sobre todo como médicos asegurar que la información prestada no será utilizada en contra del paciente y se respeta la confidencialidad de toda información además que al utilizar un cuestionario auto administrado, se evita sesgos por parte de la perspectiva del entrevistador.

Debemos tomar en cuenta que el ámbito de la sexualidad engloba a la pareja, sin embargo en nuestro estudio, no analizaremos como causa de disfunción sexual, sino que únicamente la relacionaremos con la incontinencia de esfuerzo, para esto se sugiere realizar otro tipo de análisis, y estudios complementarios, para que se pueda abarcar en su totalidad.

3.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tomando en cuenta la implementación de la OMS sobre concepto de calidad de vida y salud nos vemos en la necesidad de enfocar un problema poco estudiado como es la incontinencia urinaria. La cual es infra diagnosticada debida al desconocimiento y falta de preocupación de quienes la padecen; ya que la consideran como un proceso fisiológico de la edad acudiendo al médico cuando hay repercusión en las actividades cotidianas, desarrollando así sentimientos de exclusión social, incapacidad laboral y afectación sexual. De todo esto surge interrogante: **¿Cómo afecta la incontinencia urinaria en la función sexual en mujeres de 20 a 50 años que no presentan ninguna enfermedad concomitante ni reciben algún tipo de medicación?**

3.3 OBJETIVOS:

3.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de incontinencia urinaria de esfuerzo empleando la escala de ICIQ-SF en mujeres de 20 a 50 años de edad y valorar la disfunción sexual auto administrando el cuestionario de índice de satisfacción sexual en mujeres con incontinencia urinaria en el Hospital Enrique Garcés.

3.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres de 20 a 50 años en el Hospital Enrique Garcés.
- Determinar la calidad de vida en mujeres con incontinencia de esfuerzo del hospital Enrique Garcés.
- Determinar la satisfacción sexual en mujeres continentales e incontinentes del hospital Enrique Garcés.
- Establecer la relación entre incontinencia urinaria y la paridad.
- Determinar el grado de disfunción sexual en mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo y continentales.

3.2 HIPÓTESIS

- Los factores tales como la multiparidad y mujeres añosas influyen en la aparición de incontinencia urinaria de esfuerzo y son causantes de una mala calidad de vida y disfunción sexual.
- Mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo y mala calidad de vida tienen mayor afectación de la función sexual.
- Las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo presentan disfunción sexual moderada.
- Las mujeres con educación básica tienen mayor afectación de la función sexual.

CAPÍTULO IV

4.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA	NATURALEZA DE LA VARIABLE
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona desde el día de su nacimiento.	Años cumplidos	Razón: mayores de 30 años	Cuantitativa
ESTADO CIVIL	Relación en que se encuentran las personas que viven en sociedad respecto a los demás miembros de la misma.	Según estado	0 = soltera 1 = casada 2 = viuda 3 = divorciada 4 = unión de hecho	Cualitativa
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Años cursados y aprobados dentro de un establecimiento educacional.	Años aprobados	0 = sin escolaridad 1 = primaria 2 = secundaria 3 = superior o más	Cualitativa
NULÍPARA	Mujer en edad fértil que nunca ha parido.	Número de partos	Ningún parto	Cuantitativa

PRIMÍPARA	Mujer en edad fértil que ha parido en una ocasión.	Número de partos	Un parto	Cuantitativa
MULTÍPARA	Mujer en edad fértil que ha parido más de una vez.	Número de partos	Más de un parto	Cuantitativa
TIPO DE INCONTINENCIA URINARIA	De esfuerzo De urgencia Mixta	¿Cuándo pierde orinar?	Nunca Antes de llegar al servicio Al toser o estornudar Mientras duerme Al realizar esfuerzos físicos / ejercicio Cuando termina de orinar y se ha vestido Sin motivo evidente De forma continua	Cualitativa
FRECUENCIA DE INCONTINENCIA	Número de veces que una persona pierde orina durante un tiempo determinado.	Frecuencia de pérdida urinaria	0= nunca 1 = una vez a la semana o dos 2 = dos o tres veces a la semana 3 = una vez al día 4 = varias veces al día 5 = continuamente	Cuantitativa
CANTIDAD DE INCONTINENCIA	Volumen de pérdida involuntaria de orina durante un tiempo determinado.	Cantidad de orina que se pierde involuntariamente	0 = no se me escapa nada 2 = muy poca cantidad 4 = una cantidad moderada 6 = mucha cantidad	Cuantitativa

AFECTACIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA	Bienestar integral del ser humano.	Repercusión en la vida diaria	<p>Escala puntuada del 1 – 10</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leve: 1-3 • Moderada: 4-7 • Severa >7 	Cuantitativa
INTERÉS O DESEO SEXUAL	Ansiedad placentera de carácter erótico.	Nivel de interés o deseo sexual	<p>0= nunca 1 = una vez a la semana o dos 2 = dos o tres veces a la semana 3 = una vez al día 4 = varias veces al día 5 = continuamente</p>	Cuantitativa
EXCITACIÓN SEXUAL	<ul style="list-style-type: none"> • Tumescencia del clítoris y labios menores. • Alargamiento de 2/3 internos de la vagina. • Estrechamiento de 1/3 externo de la vagina. • Secreción mucoide por las glándulas periuretrales. • Retracción del clítoris. 	Grado de excitación durante la relación sexual o coito	<p>0= nunca 1 = una vez a la semana o dos 2 = dos o tres veces a la semana 3 = una vez al día 4 = varias veces al día 5 = continuamente</p>	Cuantitativa
LUBRICACIÓN GENITAL	Es un líquido viscoso segregado por el cuello de la matriz y las paredes de la vagina que ayudan a preparar la zona para el acto sexual.	Frecuencia de la lubricación genital durante el acto sexual	<p>0 No he tenido actividad sexual en las últimas 4 semanas 5 Siempre o casi siempre 4 La mayoría de las veces 3 A veces 2 Pocas veces 1 Casi nunca o nunca</p>	Cuantitativa

ORGASMO	-Contracciones uterinas -Contracciones del 1/3 externo de la vagina.	Frecuencia con la que alcanza el orgasmo en el acto sexual.	0 No he tenido actividad sexual en las últimas 4 semanas 5 Siempre o casi siempre 4 La mayoría de las veces 3 A veces 2 Pocas veces 1 Casi nunca o nunca	Cuantitativa
SATISFACCIÓN SEXUAL	Estado de placer con relación a la calidad sexual en base a factores emocionales.	Satisfacción con la vida sexual en general y con su pareja.	5 Muy satisfecha 4 Moderadamente satisfecha 3 Igual de satisfecha que insatisfecha 2 Algo (moderadamente) insatisfecha 1 Muy insatisfecha	Cualitativa
DISPAREUNIA	Dolor antes, después o durante el coito.	Frecuencia de dolor a la penetración.	0 No he intentado tener coito (penetración vaginal) en las últimas 4 semanas 5 Casi nunca o nunca 4 Pocas veces 3 A veces 2 La mayoría de las veces 1 Casi siempre o siempre	Cuantitativa

4.2 TIPO DE ESTUDIO

El diseño de la investigación es un estudio descriptivo y analítico de tipo transversal

.

4.3 UNIVERSO

Al ser la incontinencia urinaria y disfunción sexual infravaloradas por quienes la padecen concluimos según la base de datos del hospital que el diagnóstico oportuno es infrecuente por ello encuestaremos a todas las mujeres de 20 a 50 años de edad del hospital Enrique Garcés que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión determinados dentro del mismo.

4.4 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA

Las encuestas serán auto administradas a las pacientes para permitir la privacidad de sus respuestas.

El encuestador informará a la encuestada sobre el estudio a realizar y asegurara el anonimato de la misma durante la investigación.

El encuestador aclara cualquier duda que tenga la encuestada antes y durante la realización de los cuestionarios.

La información será recolectada por los participantes de la investigación. Alumnas egresadas de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Carolina Baquero y Grace Cattany.

4.4.1 CUESTIONARIO I:

Se empleara para la recolección de información y posterior análisis, la escala International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (cuestionario ICIQ-SF) La cuál está diseñada para determinar síntomas e impacto en la calidad de vida de pacientes con incontinencia urinaria. El cuestionario está constituido por tres ítems (frecuencia, intensidad e impacto en la calidad de vida) con los que se evalúa la severidad de la incontinencia urinaria y un último ítem que pretende determinar el tipo de incontinencia que presenta el encuestado.⁽⁵⁰⁾

El cuestionario tiene una fiabilidad de consistencia interna alfa Cronbach de 0.89 y una sensibilidad de 92,1, una especificidad de 55,6 y valor predictivo positivo y negativo de 88,3 y 65,9 respectivamente obtenidos para el diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo.⁽⁵¹⁾

La puntuación del ICIQ –SF se obtiene sumando las primeras tres preguntas obteniéndose una puntuación de 0 a 20 donde todo valor mayor a 1 se considera diagnóstico de incontinencia urinaria.

CUESTIONARIO I:

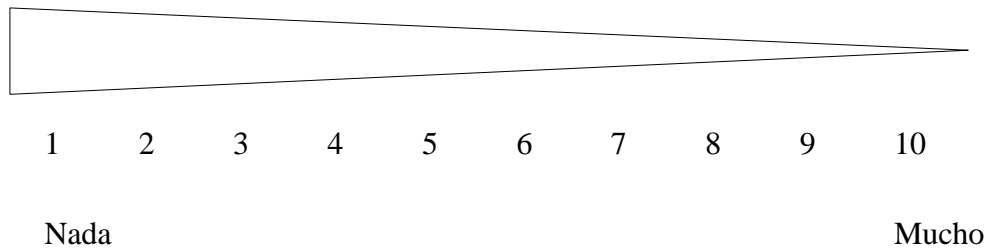
1.- ¿Con que frecuencia pierde orina?

- Nunca 0
- Una vez a la semana 1
- 2-3 veces / semana 2
- Una vez al día 3
- Varias veces al día 4
- Continuamente 5

2.- Nos gustaría saber su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque solo una respuesta:

- No se me escapa nada 0
- Muy poca cantidad 2
- Una cantidad moderada 4
- Mucha cantidad 6

3.- ¿En qué medida estos escapes de orina que tiene han afectado su vida diaria?



4.- ¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pase a usted:

- Nunca
- Antes de llegar al servicio
- Al toser o estornudar
- Mientras duerme
- Al realizar esfuerzo físico / ejercicio
- Cuando termina de orinar y ya se ha vestido
- Sin motivo evidente
- De forma continua

4.4.2 CUESTIONARIO II:

Se empleara para la recolección de información y posterior análisis, de índice de función sexual femenina (IFSF) que es un cuestionario auto administrado el cual consta de 19 preguntas que agrupan seis dominios (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor) cada pregunta tiene cinco o seis opciones asignándoles un puntaje que va de 0 a 5, siendo 0 a aquellas mujeres que no han tenido relaciones sexuales, 1 indica mayor deterioro funcional y 5 el menor. Cuya confiabilidad y aplicabilidad ha sido validada clínicamente en mujeres Chilenas de 20 a 50 años.

El cuestionario tiene una fiabilidad de consistencia interna (alfa de Cronbach) que oscila entre 0,86 y 0,95 (Butzer y Campbell, 2008; Davies et al., 1999; Hudson et al 1981; Vieira, Pechorro y Diniz, 2008) y con una fiabilidad test-retest igual a 0,93 tras una semana de intervalo (Hudson et al., 1981). Además, muestra adecuadas evidencias de validez discriminante, ya que detecta diferencias entre personas con y sin problemas sexuales, y de validez de constructo, por su relación con deseo sexual, satisfacción marital, depresión y autoestima (Butzer y Campbell, 2008; Davies et al., 1999; Hudson et al., 1981) y funcionamiento sexual (Vieira et al., 2008).⁽⁵²⁾

La interpretación se llevara a cabo tras obtener la puntuación individual de cada pregunta, luego se sumará las preguntas que se encuentren dentro del mismo dominio obteniéndose los scores de cada uno a los cuales se les multiplicará por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los porcentajes. Obteniéndose así un total de 36 puntos en donde se

determinara como trastorno severo a aquellos cuestionarios que tengan una puntuación <12, moderado de 13 a 27 y sin trastorno los >28. ⁽⁵³⁾

DOMINIOS	PREGUNTAS	RANGO	FACTOR	SCORE MÍNIMO	SCORE MÁXIMO
DESEO	1, 2	1 -5	0.6	1,2	6,0
EXCITACIÓN	3, 4, 5, 6	0 - 5	0,3	0	6,0
LUBRICACIÓN	7, 8, 9, 10	0 - 5	0,3	0	6,0
ORGASMO	11, 12, 13	0 - 5	0,4	0	6,0
SATISFACCIÓN	14, 15, 16	0 - 5	0,4	0	6,0
DOLOR	17, 18, 19	0- 5	0,4	0	0,6
RANGO TOTAL DE LA ESCALA				2,0	36,0

El tiempo de duración de aplicación de los cuestionarios será de 30 minutos; 15 minutos para el cuestionario de función sexual y aproximadamente 10 minutos para el cuestionario de incontinencia urinaria.

CUESTIONARIO II:

Instrucciones

Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

Definiciones

Actividad sexual: se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.

Relación sexual: se define como penetración del pene en la vagina.

Estimulación sexual: incluye juegos sexuales con la pareja, auto estimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

Marque sólo una alternativa por pregunta

Deseo o interés sexual es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.

1. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?

- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)

- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?

- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

Excitación sexual es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares

3. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)

- Casi nunca o nunca

4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Muy alta confianza
- Alta confianza
- Moderada confianza
- Baja confianza
- Muy baja o nada de confianza

6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

7. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil

- Poco difícil
- No me es difícil

9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre la mantengo
- La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)
- A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
- Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final

10. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

13. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su relación sexual con su pareja?

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su vida sexual en general?

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)

- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

4.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Las participantes que cumplan los siguientes criterios participaran en el estudio.

- Mujeres de 20 a 50 años de edad.
- Mujeres con pareja estable al menos durante tres meses.
- Consentimiento informado aceptada por la paciente una vez explicadas las características del estudio. El cual se encuentra descrito a continuación.

4.6 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

TÍTULO DEL PROTOCOLO: RELACIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO Y DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES DE 20 A 50 AÑOS DE EDAD DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCÉS

Investigadoras: Grace Catalina Cattany Toapanta, Evelyn Carolina Baquero Ortega.

Estudiantes de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Sede donde se realizará el estudio: Hospital General Dr. Enrique Garcés

INFORMACIÓN:

Introducción.- Soy estudiante de la facultad de Medicina de la PUCE y me encuentro realizando mi trabajo de disertación de grado para obtener el título de Médico Cirujano. La información proporcionada a continuación es con la finalidad de invitarle a participar de nuestro estudio. Si tiene alguna duda, siéntase en libertad de hacerme conocer sus inquietudes.

Propósito.- Debido a la importancia de la atención integral de los pacientes tomamos como parte de nuestro estudio a pacientes femeninas con incontinencia urinaria de esfuerzo y continentes para determinar su calidad de vida y función sexual, que son ámbitos olvidados y a la vez factores esenciales dentro del bienestar del ser humano.

Tipo de Investigación.- Nuestro estudio se basa en la recolección de información mediante dos cuestionarios que evaluarán incontinencia urinaria, calidad de vida y otro en el que se evalúa la función sexual. Si usted desea participar en el estudio deberá llenar únicamente una encuesta anónima que se le entregara a continuación, donde evaluaremos por medio de 4 preguntas en un cuestionario y 19 en otro, cuyas respuestas serán manejadas con total confidencialidad y se usará la información con fines investigativos.

Participación Voluntaria.- Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o negarse a hacerlo.

Confidencialidad.- En ningún momento de esta encuesta se solicitará sus nombres. La información que usted proporcione será puesta fuera del alcance de personas ajenas a los investigadores. A Todos los datos obtenidos se les asignará un número en lugar de su nombre.

Derecho a Negarse.- Usted no está en la obligación de participar en esta investigación, y al negarse no existirán represalias. Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a las siguientes personas:

Carolina Baquero 0984998995 / karop_sweety_bq@hotmail.com

Grace Cattany 0984039089 / gccattanyt1727@hotmail.com

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por el comité de evaluación ética del Hospital General Dr. Enrique Garcés, que es un comité cuya tarea es asegurarse de que se protege de daños a los participantes en la investigación. Si usted desea averiguar más sobre este comité, contacte.

Formulario de Consentimiento:

He sido invitada a participar en la investigación relación de incontinencia urinaria de esfuerzo y disfunción sexual en mujeres de 20 a 50 años de edad del hospital Enrique Garcés. Se me ha proporcionado los nombres de las investigadoras que puede ser fácilmente contactada usando los nombres y las direcciones que se me han proporcionado.

He leído la información concedida. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la misma en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Firma de la Participante _____

4.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

No participarán en la investigación aquellas pacientes que cumplan con las siguientes características:

- Mujeres embarazadas o posparto
- Mujeres con descenso de vejiga grado III
- Mujeres con enfermedad neurológica invalidante
- Mujeres con cáncer urogenital
- Mujeres con enfermedades médicas
- Mujeres con terapia de reemplazo hormonal
- No acepte firmar el consentimiento informado escrito de la paciente una vez explicadas las características del estudio

4.8 MUESTRA

Previo al cálculo de la muestra, se ha utilizado la siguiente fórmula:

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N-1)) + k^2 * p * q}$$

N: representa al total de posibles mujeres encuestadas

K: es una constante que depende del nivel de confianza en nuestro caso utilizaremos un nivel de confianza del 95.5%

E: corresponde al porcentaje de error deseado, el error en la muestra es la diferencia que puede haber entre el resultado que obtenemos preguntando a una muestra de la población y el que obtendríamos si preguntáramos al total de ella.

K	1.15	1,28	1,44	1,65	1,96	2	2,58
NIVEL DE CONFIANZA	75%	80%	85%	90%	95%	95,5%	99%

De manera que tomando en cuenta un universo de 400 mujeres, para realizar el estudio con un intervalo de confianza del 95,5% y un error de estimación del 5% se necesita una muestra de 200 mujeres utilizando la fórmula de cálculo del tamaño de la muestra para una población finita.

4.9 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS

El procesamiento y análisis estadístico de los datos obtenidos, será informatizado utilizando el paquete estadístico SPSS 22.0.

Se realizará un análisis descriptivo para cada una de las variables y luego la relación entre las mismas, utilizando valores enteros y porcentajes. Se calcularán las medias y las desviaciones estándar de las variables continuas; en el caso de las variables nominales se calcularán sus frecuencias y porcentajes.

Además se ha realizado Odds Ratio para cada una de las hipótesis y así determinar el riesgo de estas en relación a la incontinencia urinaria como también en relación a la disfunción sexual, con un IC del 95%, en el cual un valor mayor a 1 que se encuentre dentro del intervalo de confianza corresponde al riesgo que implica la variable a ser estudiada. ⁽⁵⁴⁾

Luego de determinar los grupos, se procederá a relacionarlos. Para ellos se formarán tablas de contingencia 2 x 2, donde las filas representan las categorías de las variables a cruzar y las columnas las categorías correspondientes de las variables representativas de los cuestionarios utilizados.

Los resultados obtenidos serán esquematizados en gráficos estadísticos se han realizado en base a las frecuencias, y el resultado del cruce de variables planteadas en los objetivos del estudio anteriormente mencionados.

Las encuestas que no fueron contestadas de forma completa no se tendrán en cuenta para el análisis estadístico y así evitar sesgo en el resultado.

4.10 ASPECTOS BIOÉTICOS

Previo análisis y aprobación por el comité de investigación del HEG, las muestras serán tomada mediante la entrega de cuestionarios a las participantes, los cuales serán auto administrados, y en quienes hayan firmado un consentimiento informado, con una explicación acerca del tema de investigación y propósito en el uso de los datos administrados, comprometiéndonos como investigadoras a la confidencialidad de la información dada, y el uso con fines investigativos, en base a los principios de la buena práctica clínica y sin fines de lucro.

CAPÍTULO V

5.1 ANÁLISIS Y RESULTADOS:

Se estudió un total de 200 mujeres de 20 a 50 años de edad que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión quienes voluntariamente aceptaron participar en el estudio respondiendo a los cuestionarios International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (cuestionario ICIQ-SF) y al de índice de función sexual femenina (IFSF) del Hospital Enrique Garcés que fueron auto administrados.

5.1.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO:

5.1.1.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO PARA LA EDAD

La edad media del grupo fue de 32,31 con una desviación estándar de 8,17 un mínimo de 20 años y un máximo de 50 y una mediana de 31.5. Ver *FIGURA 9*. Donde las mujeres de 20 a 30 años constituyen el 48% (96), 21 a 40 años el 34,5% (69) y las de 41 a 50 años son el 17,5% (35). Ver *FIGURA 10* y *ANEXO 6*. Si tomamos como población de adulto joven aquellas que van desde los 20 a 35 años tenemos y adulto maduro de 35 a 50 años; tenemos que, 135 (67,5%) son adultas jóvenes y 65 (32,5%) adultas maduras. Ver *FIGURA 11* y *ANEXO 7*.

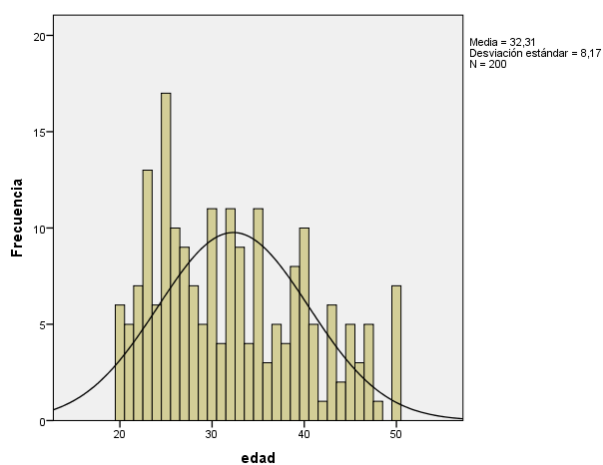
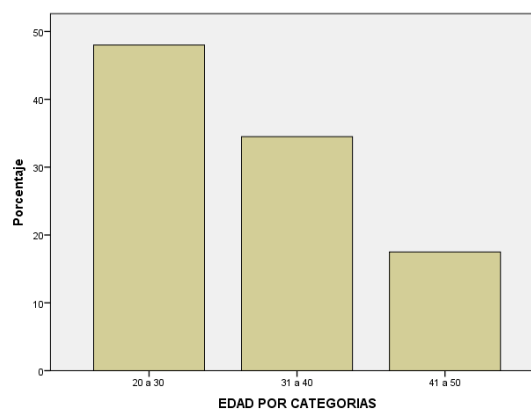


FIGURA 9: Histograma de distribución de la edad

FIGURA 10: Gráfico de barra de edad por categorías



EDAD POR CATEGORÍAS		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20 A 30	96	48,0
31 A 40	69	34,5
41 A 50	35	17,5
TOTAL	200	100,0

ANEXO 6: Tabla de frecuencia y porcentaje de edad por categorías

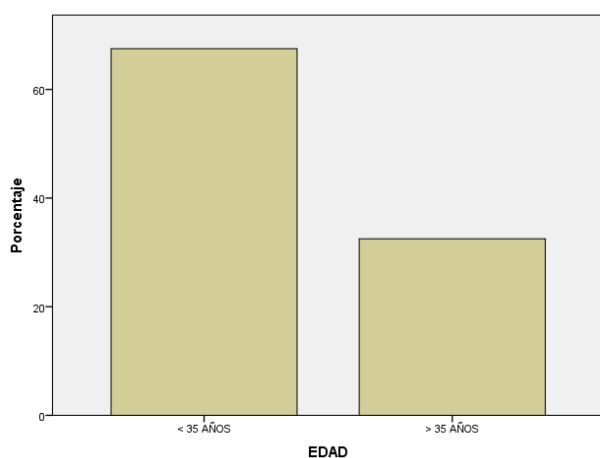


FIGURA 11: Gráfico de barra de edad

EDAD		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 35 AÑOS	135	67,5
> 35 AÑOS	65	32,5
TOTAL	200	100,0

ANEXO 7: Tabla de frecuencia y porcentaje de edad

5.1.1.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO PARA ESTADO CIVIL

La mayoría de las encuestadas tuvo por estado civil casada constituyendo el 40,5%, seguido por mujeres solteras con el 37%, unión de hecho con el 14,5%, divorciada 5,5% y viuda 2,5%. *FIGURA 12 y ANEXO 8.*

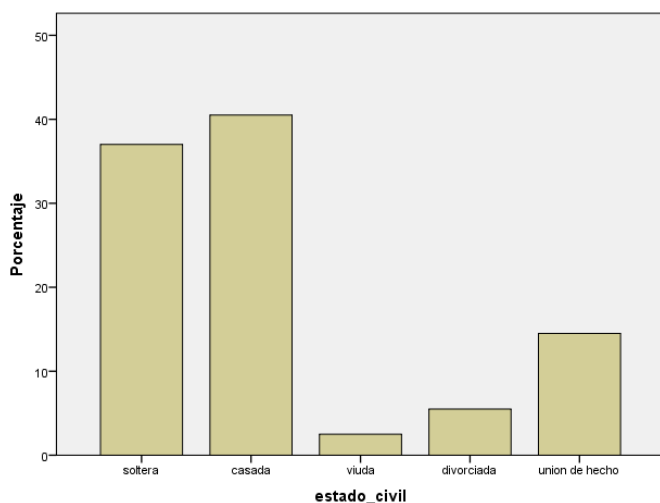


FIGURA 12: Gráfico de barra de estado civil

ESTADO CIVIL		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	74	37,0
CASADA	81	40,5
VIUDA	5	2,5
DIVORCIADA	11	5,5
UNIÓN LIBRE	29	14,5
TOTAL	200	100,0

ANEXO 8: Tabla de frecuencia y porcentaje de Estado civil

5.1.1.3 ANÁLISIS DESCRIPTIVO PARA OCUPACIÓN

Las mujeres dedicadas al trabajo dentro del hogar representaron el 47,5%, seguida por estudiantes 23%, comerciantes con el 12%, las dedicadas al sector de la medicina

(médico, enfermera y auxiliar de enfermería) 13,5 y aquellas que no tuvieron ninguna ocupación son el 4%. *FIGURA 13 y ANEXO 9.*

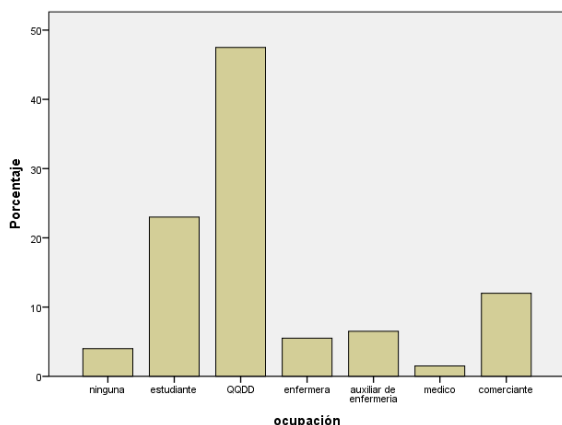


FIGURA13: Gráfico de barra de ocupación.

OCUPACIÓN		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNA	8	4,0
ESTUDIANTE	46	23,0
QQDD	95	47,5
ENFERMERA	11	5,5
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	13	6,5
MÉDICO	3	1,5
COMERCIANTE	24	12,0
TOTAL	200	100,0

ANEXO 9: Tabla de frecuencia y porcentaje de Ocupación

5.1.1.4 ANÁLISIS DESCRIPTIVO PARA EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

Dentro del nivel de instrucción el 46% represento a mujeres con nivel de secundaria, el 34% cursaban estudios superiores y el 20% habían culminado la educación primaria.

FIGURA 14 y ANEXO 10.

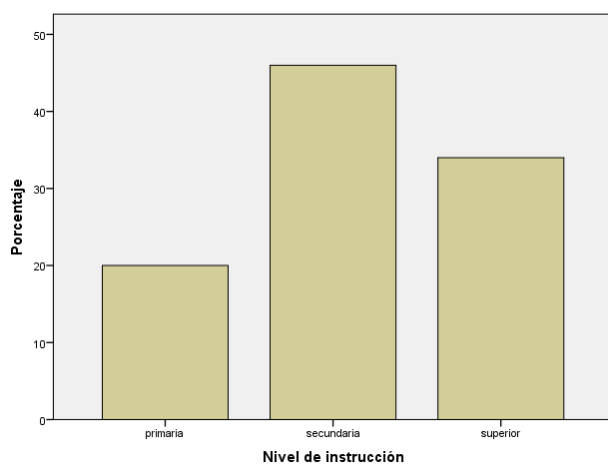


FIGURA 14: Gráfico de barra de nivel de instrucción.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	40	20,0
SECUNDARIA	92	46,0
SUPERIOR	68	34,0
TOTAL	200	100,0

ANEXO 10: Tabla de frecuencia y porcentaje de Nivel de Instrucción

5.1.1.5 ANÁLISIS DESCRIPTIVO PARA PARIDAD:

Tomando en cuenta el concepto básico de ginecología tomamos como a mujer nulípara aquella que no ha alumbrado a ningún hijo, primípara aquella mujer que alumbró primera vez y múltipara que dio a luz a su segundo hijo o más. Obtuvimos que dentro de nuestro estudio más de la mitad (57,5%) constituyera mujeres múltiparas, el 25% son primíparas y el 17,5% son nulíparas. *FIGURA 15 y ANEXO 11.*

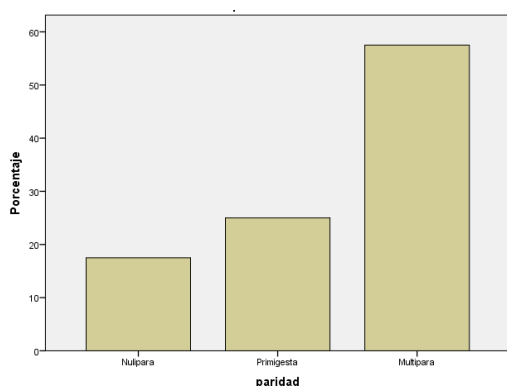


FIGURA 15: Gráfico de barra de Paridad.

PARIDAD		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NULÍPARA	35	17,5
PRIMIPARA	50	25,0
MULTÍPARA	115	57,5
TOTAL	200	100,0

ANEXO 11: Tabla de frecuencia y porcentaje de Paridad

5.1.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL CUESTIONARIO INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE QUESTIONAIRE SHORT FORM (ICIQ-SF)

Tras el análisis de los resultados del cuestionario se obtuvo que 93 (46,5%) de las 200 pacientes encuestadas presentaran incontinencia urinaria, de ellas 79 presentan incontinencia urinaria es de esfuerzo. *FIGURA 16 y ANEXO 12.*

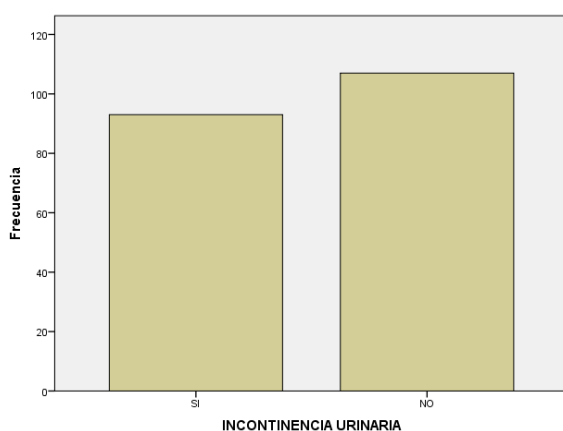


FIGURA 16: Gráfico de barra de Incontinencia urinaria.

INCONTINENCIA URINARIA		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	107	53,5
SI	93	46,5
TOTAL	200	100,0

ANEXO 12: Tabla de frecuencia y porcentaje de Incontinencia urinaria

Los resultados obtenidos para cada una de las preguntas que componen el cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ- SF son:

- La pregunta ¿con qué frecuencia pierde orina? Fue respondida por las 200 participantes con una media de 1.03 y desviación estándar de 1.4. Ver ANEXO 13

El porcentaje para cada uno de los ítems dentro de la pregunta fue: nunca 55% (110), una o dos a la semana el 16,5% (33), dos o tres veces a la semana el 10,5% (21), una vez al día el 8% (16), varias veces al día el 8,5% (17) y continuamente el 1,5% (3). Ver FIGURA 17 y ANEXO 14.

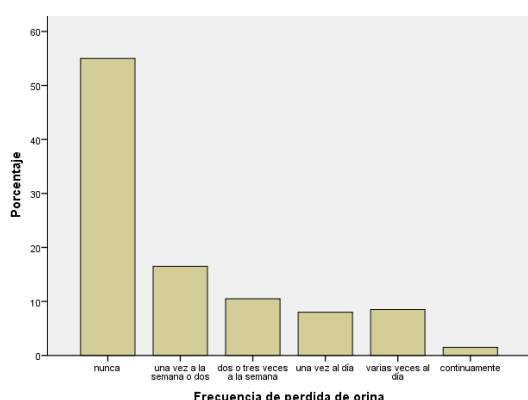


FIGURA 17: Gráfico de barras de frecuencia de pérdida de orina.

FRECUENCIA DE PÉRDIDA DE ORINA		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NUNCA	110	55,0
UNA VEZ A LA SEMANA O DOS	33	16,5
DOS O TRES VECES A LA SEMANA	21	10,5
UNA VEZ AL DÍA	16	8,0
VARIAS VECES AL DÍA	17	8,5
CONTINUAMENTE	3	1,5
TOTAL	200	100,0

ANEXO 14: Tabla de frecuencia de pérdida de orina

- La pregunta *nos gustaría saber su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no)*. Fue respondida por las 200 participantes con una media de 1.10 con una desviación estándar de 1.3. Ver ANEXO 13.

El porcentaje obtenido para cada uno de los ítems dentro de la pregunta fue: no se me escapa nada 54,5% (109), muy poca cantidad 36% (72) y el 9,5% para una cantidad de moderada. Ver FIGURA 18 y ANEXO 15.

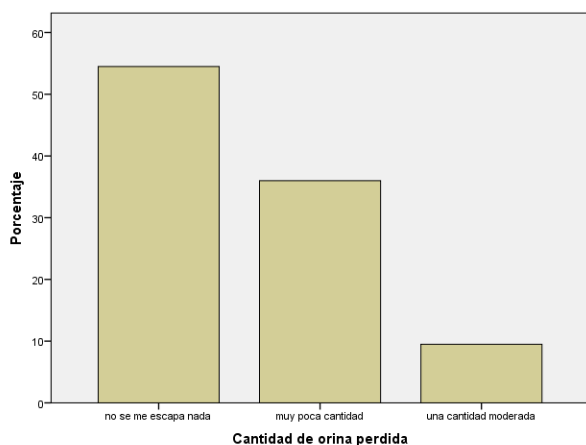


FIGURA 18: Gráfico de barras de cantidad de orina que usted cree que se le escapa que usted cree que se le escapa.

CANTIDAD DE ORINA PERDIDA		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO SE ME ESCAPA NADA	109	54,5
MUY POCA CANTIDAD	72	36,0
UNA CANTIDAD MODERADA	19	9,5
TOTAL	200	100,0

ANEXO 15: Tabla de frecuencia y porcentaje de cantidad de orina que usted cree que se le escapa

- La pregunta ¿En qué medida estos escapes de orina que tiene han afectado su vida diaria? Fue respondida por las 200 participantes con una media de 1.57 y una desviación estándar de 1.04 Ver *ANEXO 13*. Se determinó basándose en una afectación leve de 1 a 3, moderada de 4- 7 y severa > 7.

Los resultados obtenidos para esta pregunta fueron más de la mitad (104) de las encuestadas no tienen afectación en la calidad de vida y el 29% (58) de ellas tienen afectación leve. Ver *FIGURA 19* y *ANEXO 16*.

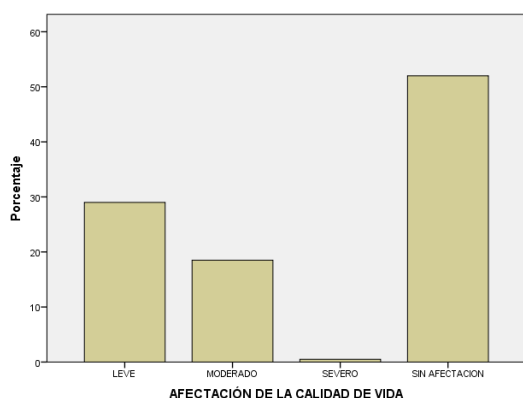


FIGURA 19: Gráfico de barras de afectación en calidad de vida debida a pérdida de orina.

AFECTACIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LEVE	58	29,0
MODERADO	37	18,5
SEVERO	1	,5
SIN AFECTACIÓN	104	52,0
TOTAL	200	100,0

ANEXO 16: Tabla de frecuencia y porcentaje de afectación en calidad de vida debida a pérdida de orina.

- La pregunta ¿Cuándo pierde orina? En donde se tomó en cuenta la sintomatología referente a incontinencia urinaria de esfuerzo. Fue respondida por las 200 participantes con una media de y una desviación estándar de *Ver ANEXO 13*.

El 41,5% presentan incontinencia de esfuerzo al responder que la pérdida de orinas se produce al realizar esfuerzo físico/ ejercicio (19%) y al toser o estornudar (22,5%). *Ver FIGURA 20 y ANEXO 17*.

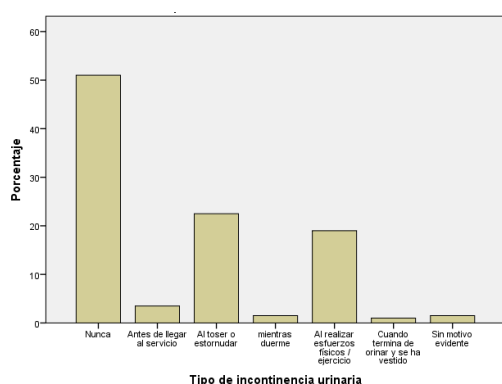


FIGURA 20: Gráfico de barras de ¿Cuándo pierde orina?

¿CUÁNDO PIERDE ORINA?		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NUNCA	102	51,0
ANTES DE LLEGAR AL SERVICIO	7	3,5
AL TOSER O ESTORNUDAR	45	22,5
MIENTRAS DUERME	3	1,5
AL REALIZAR ESFUERZOS FÍSICOS / EJERCICIO	38	19,0
CUANDO TERMINA DE ORINAR Y SE HA VESTIDO	2	1,0
SIN MOTIVO EVIDENTE	3	1,5
TOTAL	200	100,0

ANEXO 17: Tabla de frecuencia y porcentaje de ¿Cuándo pierde orina?

5.1.3 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL CUESTIONARIO DE ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA – IFSF

Al realizar un análisis del puntaje final obtenido de cada uno de los cuestionarios se determinó que 57 (28,5%) no presentan disfunción sexual, 115 (57,5%) tienen disfunción sexual moderada y 28 (14%) tiene disfunción sexual severa. Ver *FIGURA 21* y *ANEXO 18*.

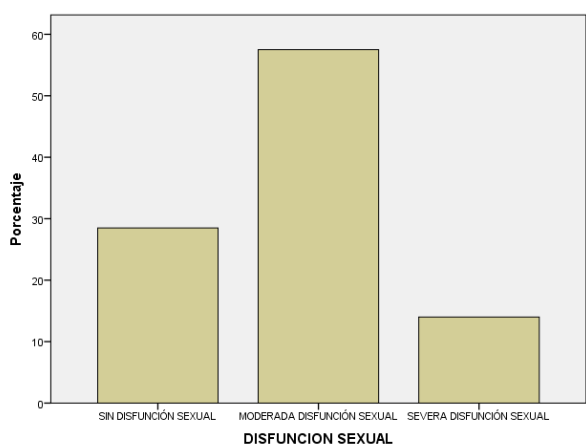


FIGURA 21: Gráfico de barras de función sexual

FUNCIÓN SEXUAL		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DISFUNCIÓN	57	28,5
MODERADA	115	57,5%
SEVERA	28	14%
TOTAL	200	100.0

ANEXO 19: Tabla de frecuencia y porcentaje de función sexual

5.1.3.1 RESULTADO DE CADA UNO DE LOS SEIS DOMINIOS QUE COMPONEN EL TEST DE FUNCIÓN SEXUAL IFSF

- El dominio deseo presenta una puntuación media de 3,5 +/- 1.2 una mediana de 3.6 un percentil 25 de 2.4 y percentil 50 de 4.2. ver *ANEXO 19*. Incluye las preguntas:

En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual? Puntuada de 1 a 5.

A lo cual 62 mujeres de las 200 encuestadas respondieron que a veces sintieron deseo o interés sexual, lo cual corresponde al 31%. Ver *FIGURA 22* y *ANEXO 20*

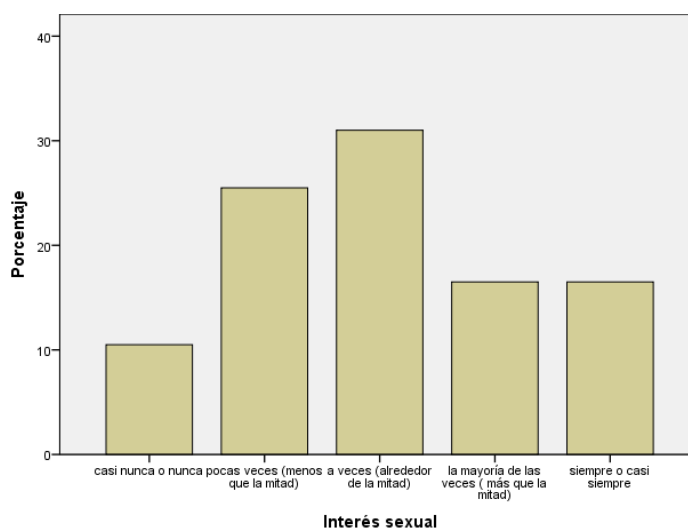


FIGURA 22: Gráfico de barras de ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?

¿CUÁN A MENUDO USTED SINTIÓ DESEO O INTERÉS SEXUAL?		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASI NUNCA O NUNCA	21	10,5
POCAS VECES (MENOS QUE LA MITAD)	51	25,5
A VECES (ALREDEDOR DE LA MITAD)	62	31,0
LA MAYORÍA DE LAS VECES (MÁS QUE LA MITAD)	33	16,5
SIEMPRE O CASI SIEMPRE	33	16,5
TOTAL	200	100,0

ANEXO 20: Tabla de frecuencia y porcentaje de ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?

En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual? Puntuada de 1 a 5. Ver *FIGURA 23* y *ANEXO 21*

A lo cual 96 mujeres de las 200 encuestadas respondieron haber tenido moderada intensidad de deseo o interés sexual lo cual representa el 48% del total.

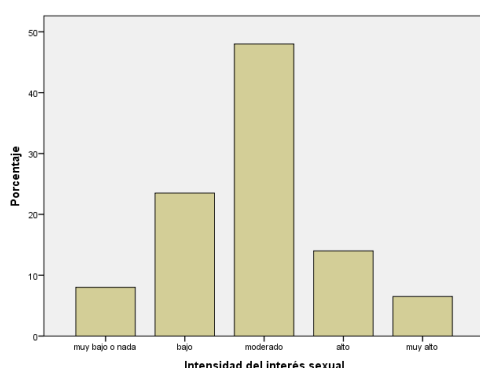


FIGURA 23: Gráfico de barras de ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?

¿CÓMO CLASIFICA SU NIVEL (INTENSIDAD) DE DESEO O INTERÉS SEXUAL?		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY BAJO O NADA	16	8,0
BAJO	47	23,5
MODERADO	96	48,0
ALTO	28	14,0
MUY ALTO	13	6,5
TOTAL	200	100,0

ANEXO 21: Tabla de porcentaje y frecuencia de ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?

- **El dominio excitación** presenta una puntuación media de 3.5 +/- 1.6 una media de 3.6 un percentil 25 de 2.7 y un percentil 50 de 3.6. ver *ANEXO 19*. Incluye las preguntas:

En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual? Puntuada del 0 a 5. Al que 45 (22.5%) de las 200 mujeres encuestadas refirieron una frecuencia de alrededor de la mitad excitación sexual, 43 (21.5%) más de la mitad de las veces y 42 (21%) siempre o casi siempre. Ver *FIGURA 24* y *ANEXO 22*

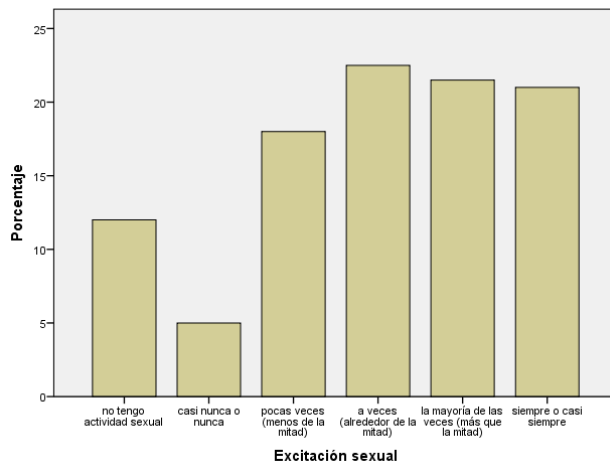


FIGURA 24: Gráfico de barras de ¿Con cuanta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?

¿CON CUANTA FRECUENCIA USTED SINTIÓ EXCITACIÓN SEXUAL DURANTE LA ACTIVIDAD SEXUAL?		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO TENGO ACTIVIDAD SEXUAL	24	12,0
CASI NUNCA O NUNCA	10	5,0
POCAS VECES (MENOS DE LA MITAD)	36	18,0
A VECES (ALREDEDOR DE LA MITAD)	45	22,5
LA MAYORÍA DE LAS VECES (MÁS QUE LA MITAD)	43	21,5
SIEMPRE O CASI SIEMPRE	42	21,0
TOTAL	200	100,0

ANEXO 22: Tabla de frecuencia y porcentaje ¿Con cuanta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?

En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual? Puntuada del 0 a 5. Al que 81 mujeres de las

200 encuestadas refirieron haber tenido un moderado nivel de excitación sexual durante la actividad sexual. Ver *FIGURA 25* y *ANEXO 23*

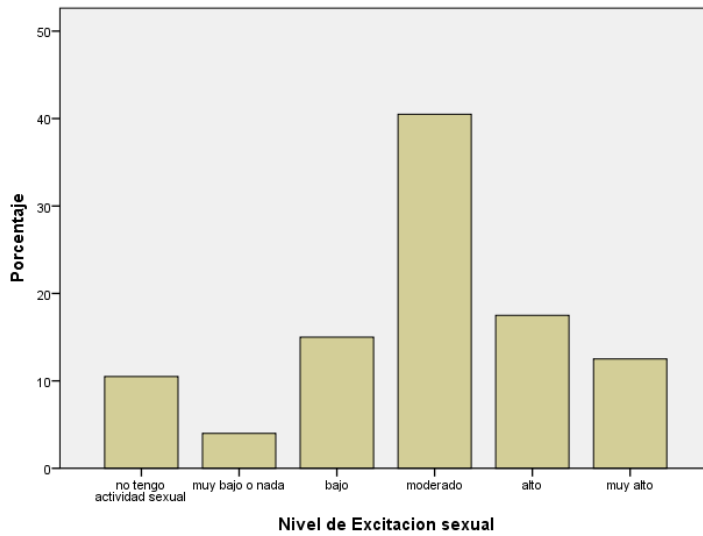
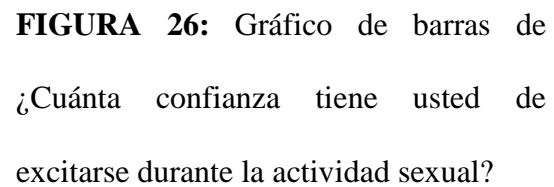


FIGURA 25: Gráfico de barras de ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?

¿CÓMO CLASIFICA SU NIVEL DE EXCITACIÓN SEXUAL DURANTE LA ACTIVIDAD SEXUAL?		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO TENGO ACTIVIDAD SEXUAL	21	10,5
MUY BAJO O NADA	8	4,0
BAJO	30	15,0
MODERADO	81	40,5
ALTO	35	17,5
MUY ALTO	25	12,5
TOTAL	200	100,0

ANEXO 23: Tabla de frecuencia y porcentaje de ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?

Al cual respondieron presentar modera y muy alta confianza 66 y 42 mujeres de las 200 encuestadas respectivamente para excitarse durante la relación sexual. Ver *FIGURA 26* y *ANEXO 24*.



ANEXO 24: Tabla de frecuencia y porcentaje para ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?

En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecha con su excitación durante la actividad sexual? Puntuada del 0 a 5.

La frecuencia con la que se sintieron satisfechas con la excitación fue siempre o casi siempre durante la actividad sexual seguida por a veces lo cual representaría el 27.5% y 26% respectivamente. Ver *FIGURA 27* y *ANEXO 25*.

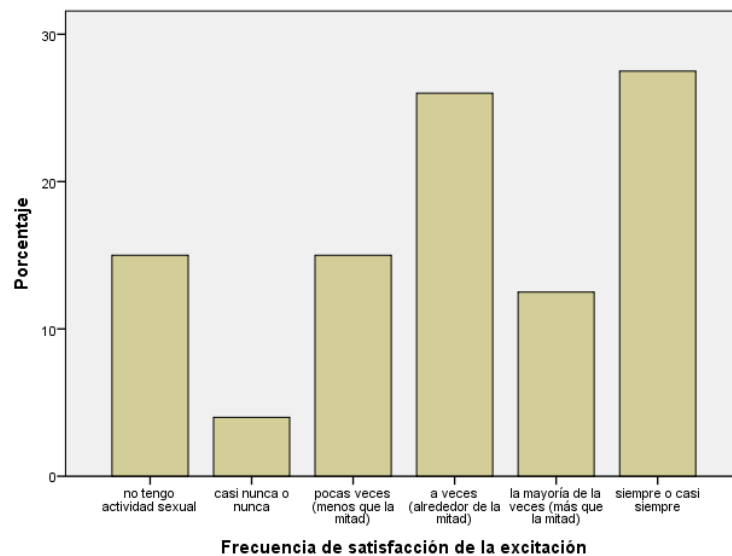


FIGURA 27: Gráfico de barras para ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecha con su excitación durante la actividad sexual?

¿CON QUÉ FRECUENCIA SE SINTIÓ SATISFECHA CON SU EXCITACIÓN DURANTE LA ACTIVIDAD SEXUAL?		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO TENGO ACTIVIDAD SEXUAL	30	15,0
CASI NUNCA O NUNCA	8	4,0
POCAS VECES (MENOS QUE LA MITAD)	30	15,0
A VECES (ALREDEDOR DE LA MITAD)	52	26,0
LA MAYORÍA DE LA VECES (MÁS QUE LA MITAD)	25	12,5
SIEMPRE O CASI SIEMPRE	55	27,5
TOTAL	200	100,0

ANEXO 25: Tabla de porcentaje y frecuencia para ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecha con su excitación durante la actividad sexual?

- **El dominio lubricación** presenta una puntuación media de 2.9 +/- 1.3 una mediana de 3 un percentil 25 de 2.4 y percentil 50 de 3. Ver *ANEXO 19*. Incluye las preguntas:

En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual? Puntuada del 0 a 5.

Más de la mitad de las mujeres (139) encuestadas refirieron haber sentido lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual. Ver *FIGURA 28* y *ANEXO 26*.

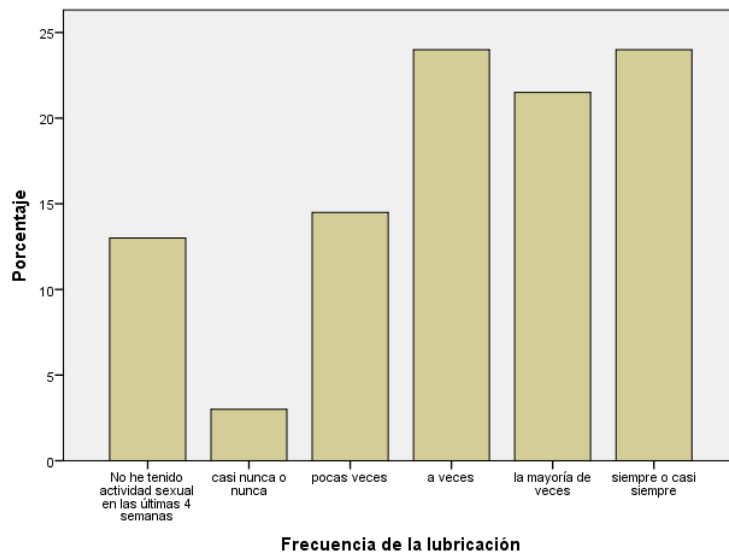


FIGURA 28: Gráfico de barras para ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?

¿CON CUANTA FRECUENCIA USTED SINTIÓ LUBRICACIÓN O HUMEDAD VAGINAL DURANTE LA ACTIVIDAD SEXUAL?		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO HE TENIDO ACTIVIDAD SEXUAL EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS	26	13,0
CASI NUNCA O NUNCA	6	3,0
POCAS VECES	29	14,5
A VECES	48	24,0
LA MAYORÍA DE VECES	43	21,5
SIEMPRE O CASI SIEMPRE	48	24,0
TOTAL	200	100,0

ANEXO 26: Tabla de frecuencia y porcentaje para ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?

En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual? Puntuada del 0 a 5.

Al 30% (60) de las mujeres no les es difícil humedecerse, el 3% (6) les resulta imposible y al 18% (36) de ellas es resulta difícil. Ver *FIGURA 29* y *ANEXO 27*.

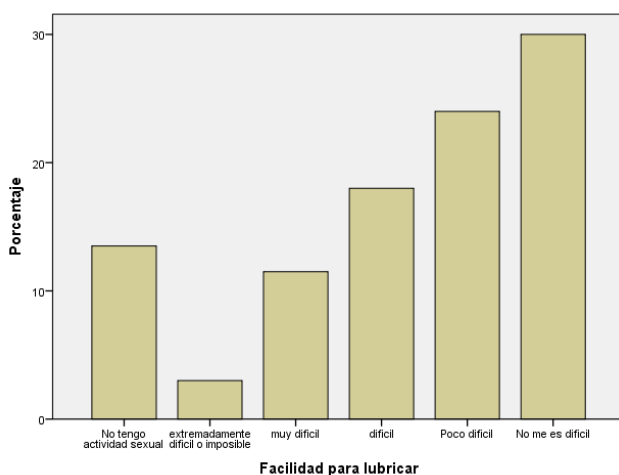


FIGURA 29: Gráfico de barras para ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?

¿LE ES DIFÍCIL LUBRICARSE (HUMEDECERSE) DURANTE LA ACTIVIDAD SEXUAL?		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO TENGO ACTIVIDAD SEXUAL	27	13,5
EXTREMADAMENTE DIFÍCIL O IMPOSIBLE	6	3,0
MUY DIFÍCIL	23	11,5
DIFÍCIL	36	18,0
POCO DIFÍCIL	48	24,0
NO ME ES DIFÍCIL	60	30,0
TOTAL	200	100,0

ANEXO 27: Tabla de frecuencia y porcentaje para ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?

En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual? Puntuada del 0 a 5.

El 27,5% no tuvo dificultad para mantener su lubricación vaginal hasta finalizar la actividad sexual, el 23% pudo mantenerla hasta la mitad del acto y el 2,5% casi nunca puede mantener la humedad vaginal hasta terminar la relación sexual. Ver *FIGURA 30* y *ANEXO 28*.

¿LE ES DIFÍCIL LUBRICARSE (HUMEDECERSE) DURANTE LA ACTIVIDAD SEXUAL?		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO TENGO ACTIVIDAD SEXUAL	25	12,5
CASI NUNCA O NUNCA MANTENGO LA LUBRICACIÓN VAGINAL HASTA EL FINAL	5	2,5
POCAS VECES LA MANTENGO (MENOS DE LA MITAD)	28	14,0
A VECES LA MANTENGO (ALREDEDOR DE LA MITAD)	46	23,0
LA MAYORIA DE LAS VECES LA MANTENGO (MÁS DE LA MITAD)	41	20,5
SIEMPRE O CASI SIEMPRE LA MANTENGO	55	27,5
TOTAL	200	100,0

ANEXO 28: Tabla de porcentaje y frecuencia para ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

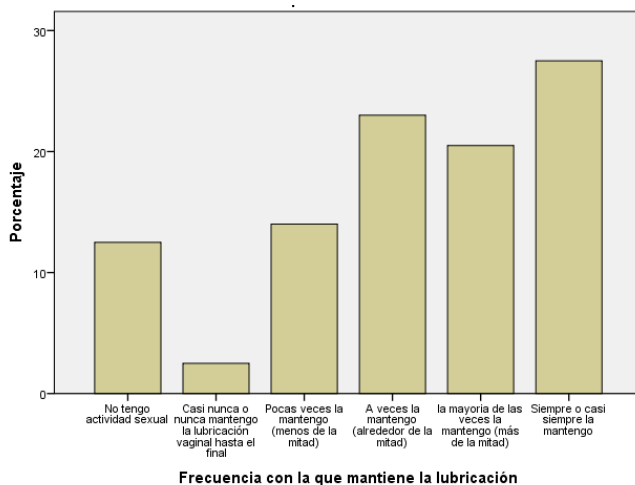


FIGURA 30: Gráfico de barras para ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual? Puntuada del 0 a 5.

El 29,5% le resulta fácil mantener su lubricación vaginal hasta finalizar la actividad sexual, al 3% le resulta imposible y al 17,5% le resulta difícil. Ver *FIGURA 31* y *ANEXO 29*.

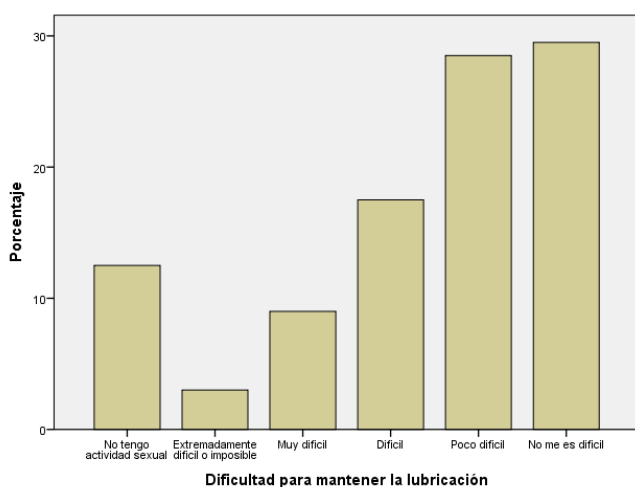


FIGURA 31: Gráfico de barras para ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

¿LE ES DIFÍCIL MANTENER SU LUBRICACIÓN (HUMEDAD) VAGINAL HASTA FINALIZAR LA ACTIVIDAD SEXUAL?		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO TENGO ACTIVIDAD SEXUAL	25	12,5
EXTREMADAMENTE DIFÍCIL O IMPOSIBLE	6	3,0
MUY DIFÍCIL	18	9,0
DIFÍCIL	35	17,5
POCO DIFÍCIL	57	28,5
NO ME ES DIFÍCIL	59	29,5
TOTAL	200	100,0

ANEXO 29: Tabla de frecuencia y porcentaje para ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- **El dominio orgasmo** presenta una puntuación media de 3,8 +/- 1.8 una mediana de 3.8 un percentil 25 de 3.2 y percentil 50 de 4 ver *ANEXO 19*. Incluye las preguntas:

En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax? Puntuada del 0 a 5. EL 26,5% refirió que casi siempre o siempre alcanza el orgasmo, el 21.5% a veces y el 1.5% nunca ha llegado al clímax. Ver *FIGURA 32* y *ANEXO 30*.

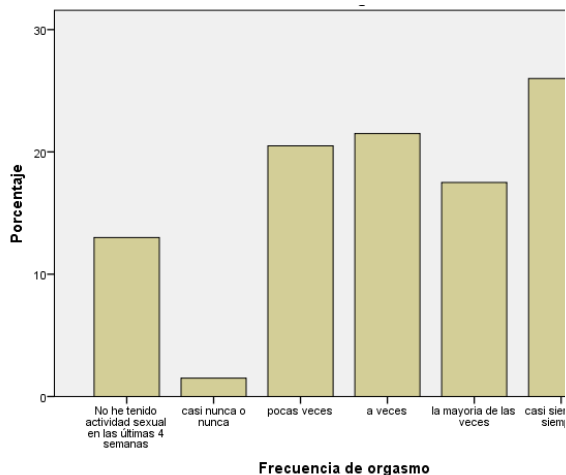


FIGURA 32: Gráfico de barras para ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?

¿CON QUÉ FRECUENCIA ALCANZA EL ORGASMO O CLÍMAX?		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO HE TENIDO ACTIVIDAD SEXUAL EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS	26	13,0
CASI NUNCA O NUNCA	3	1,5
POCAS VECES	41	20,5
A VECES	43	21,5
LA MAYORÍA DE LAS VECES	35	17,5
CASI SIEMPRE O SIEMPRE	52	26,0
TOTAL	200	100,0

ANEXO 30: Tabla de frecuencia y porcentaje para ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?

En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax? Puntuada del 0 a 5.

El 22% (44) alcanzar el orgasmo durante la estimulación o relación sexual, el 19% (38) refiere dificultad y el 3.5% (7) le resulta imposible llegar al clímax. Ver *FIGURA 33* y *ANEXO 31*.

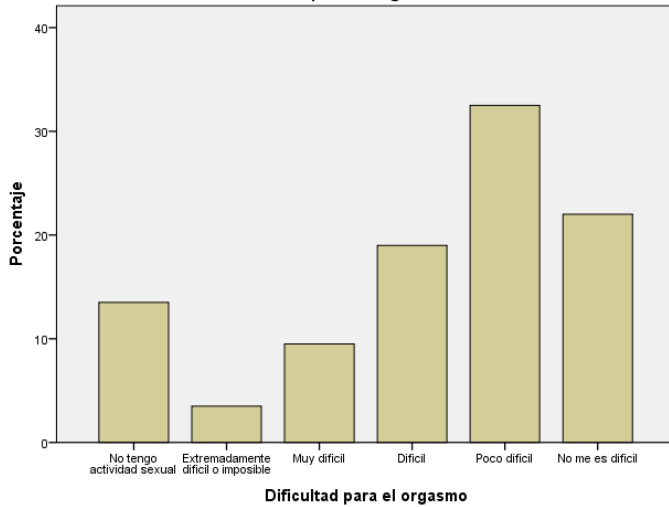


FIGURA 33: Gráfico de barras para ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?

¿LE ES DIFÍCIL ALCANZAR EL ORGASMO O CLÍMAX?		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO TENGO ACTIVIDAD SEXUAL	27	13,5
EXTREMADAMENTE DIFÍCIL O IMPOSIBLE	7	3,5
MUY DIFÍCIL	19	9,5
DIFÍCIL	38	19,0
POCO DIFÍCIL	65	32,5
NO ME ES DIFÍCIL	44	22,0
TOTAL	200	100,0

ANEXO 31: Tabla de porcentaje y frecuencia para ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?

En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual? Puntuada del 0 a 5. El 33% (66) de las mujeres encuestadas se sienten satisfechas con su capacidad para alcanzar el orgasmo, 20,5% (41) no están ni satisfechas ni insatisfechas y 4% (8) refieren estar insatisfechas. Ver *FIGURA 34* y *ANEXO 32*.

¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU CAPACIDAD PARA ALCANZAR EL ORGASMO (CLÍMAX) DURANTE LA ACTIVIDAD SEXUAL?		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO TENGO ACTIVIDAD SEXUAL	27	13,5
MUY INSATISFECHA	8	4,0
MODERADAMENTE INSATISFECHA	19	9,5
NI SATISFECHA NI INSATISFECHA	41	20,5
MODERADAMENTE SATISFECHA	39	19,5
MUY SATISFECHA	66	33,0
TOTAL	200	100,0

ANEXO 32: Tabla de frecuencia y porcentaje para ¿Cuan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?

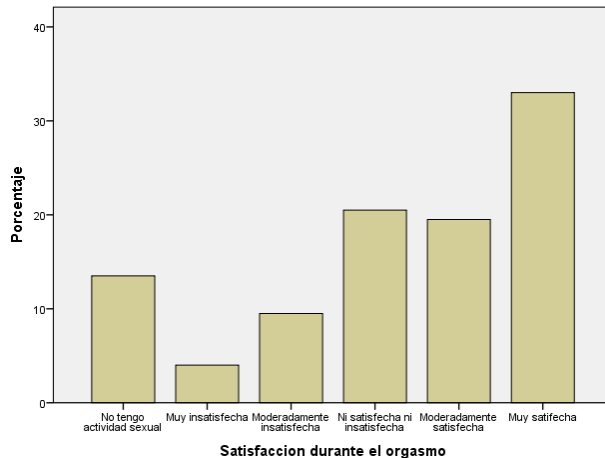


FIGURA 34: Gráfico de barras para ¿Cuan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?

- **El dominio satisfacción** presenta una puntuación media de 4.1 +/- 1.4 una mediana de 3.6 un percentil 25 de 3.2 y percentil 50 de 4. ver *ANEXO 19*. Incluye las preguntas:

En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja? Puntuada del 0 a 5.

El 33,5% (67) refiere estar muy satisfecha con la cercanía emocional con su pareja durante la actividad sexual, el 22,5% (45) no se encuentra ni satisfecha ni insatisfecha y el 4% (8) se encuentra totalmente insatisfecha Ver *FIGURA 35* y *ANEXO 33*.

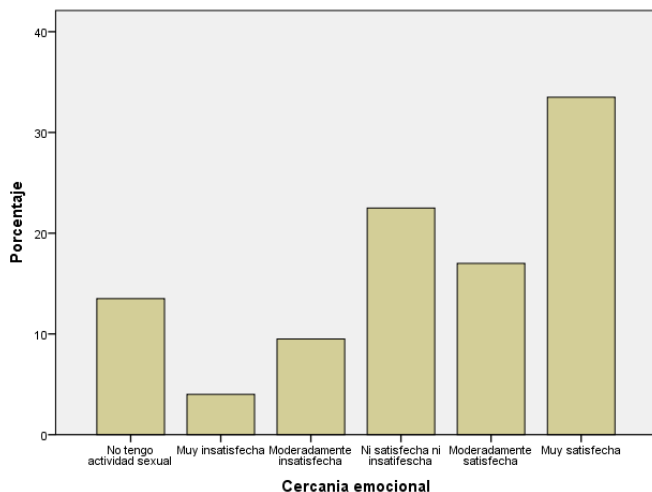


FIGURA 35: Gráfico de barras para ¿Cuán satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON LA CERCANÍA EMOCIONAL EXISTENTE DURANTE LA ACTIVIDAD SEXUAL ENTRE USTED Y SU PAREJA?		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO TENGO ACTIVIDAD SEXUAL	27	13,5
MUY INSATISFECHA	8	4,0
MODERADAMENTE INSATISFECHA	19	9,5
NI SATISFECHA NI INSATISFECHA	45	22,5
MODERADAMENTE SATISFECHA	34	17,0
MUY SATISFECHA	67	33,5
TOTAL	200	100,0

ANEXO 33: Tabla de frecuencia y porcentaje para ¿Cuán satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

En las últimas 4 semanas, ¿Cuán satisfecha está con su relación sexual con su pareja? Puntuada del 0 a 5.

EL 32,5% (65) se encuentran satisfechas con su pareja durante el acto sexual, el 28,5% (57) no están satisfechas ni insatisfechas y el 5,5% (11) se encuentran muy insatisfechas. Ver *FIGURA 36* y *ANEXO 34*.

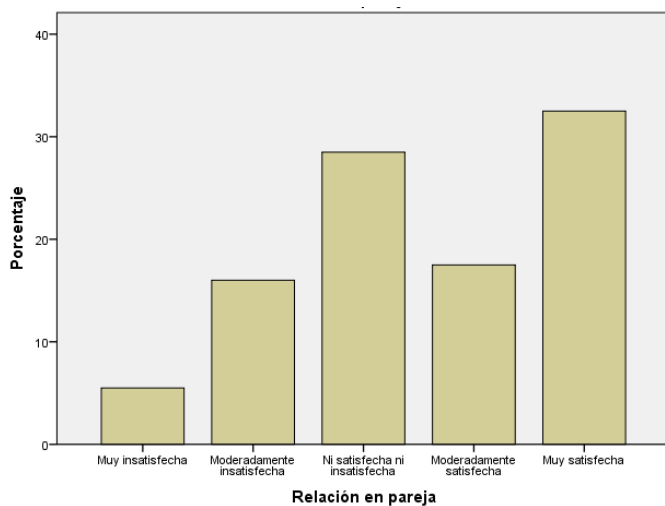


FIGURA 36: Gráfico de barras para ¿Cuán satisfecha está con su relación sexual con su pareja?

¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU RELACIÓN SEXUAL CON SU PAREJA?		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY INSATISFECHA	11	5,5
MODERADAMENTE INSATISFECHA	32	16,0
NI SATISFECHA NI INSATISFECHA	57	28,5
MODERADAMENTE SATISFECHA	35	17,5
MUY SATISFECHA	65	32,5
TOTAL	200	100,0

ANEXO 34: Gráfico de barras para ¿Cuán satisfecha está con su relación sexual con su pareja?

En las últimas 4 semanas, ¿Cuán satisfecha está con su vida sexual en general? Puntuada del 0 a 5.

EL 30,5% (61) está muy satisfecha con su vida sexual en general, el 30% (60) no está ni satisfecha ni insatisfecha y el 6% (12) se encuentra muy insatisfecha. Ver *FIGURA 37* y *ANEXO 35*.

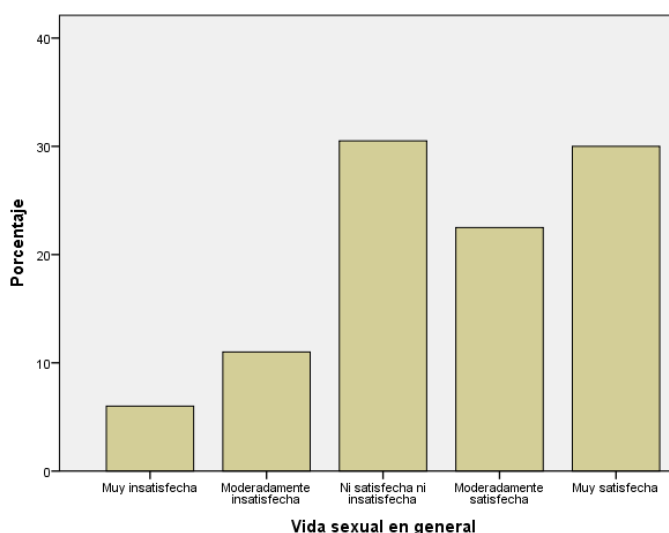


FIGURA 37: Gráfico de barras para ¿Cuán satisfecha está con su vida sexual en general?

¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU VIDA SEXUAL EN GENERAL?		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY INSATISFECHA	12	6,0
MODERADAMENTE INSATISFECHA	22	11,0
NI SATISFECHA NI INSATISFECHA	61	30,5
MODERADAMENTE SATISFECHA	45	22,5
MUY SATISFECHA	60	30,0
TOTAL	200	100,0

ANEXO 35: Gráfico de barras para ¿Cuan satisfecha está con su vida sexual en general?

- **El dominio dolor** presenta una puntuación media de 3.7 +/- 1.8 una mediana de 3.6 un percentil 25 de 2.4 y percentil 50 de 5.2. ver *ANEXO 19*. Incluye las preguntas:

En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal? Puntuada del 0 a 5.

El 29,5% (59) refiere presentar dispaneuria a veces, el 25% (50) no lo presentan y el 5% (10) siempre tienen dolores durante la penetración vaginal. Ver *FIGURA 38* y *ANEXO 36*.

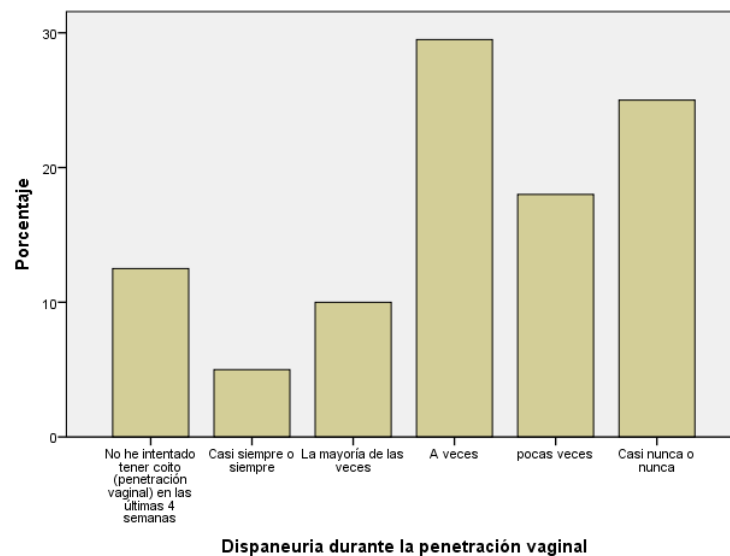


FIGURA 38: Gráfico de barras para ¿Cuán a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?

¿CUÁN A MENUDO SIENTE DISCONFORT O DOLOR DURANTE LA PENETRACIÓN VAGINAL?		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO HE INTENTADO TENER COITO (PENETRACIÓN VAGINAL) EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS	25	12,5
CASI SIEMPRE O SIEMPRE	10	5,0
LA MAYORÍA DE LAS VECES	20	10,0
A VECES	59	29,5
POCAS VECES	36	18,0
CASI NUNCA O NUNCA	50	25,0
TOTAL	200	100,0

ANEXO 36: Tabla de frecuencia y porcentaje para ¿Cuán a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?

En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal? Puntuada del 0 a 5.

El 29,5 (59) de las mujeres encuestadas refirieron que a veces presentan dolor después de la penetración vaginal, el 27,5% (55) refieren que casi nunca o nunca han presentado dolor y el 5% (10) siempre tiene dolor poscoital. Ver *FIGURA 39* y *ANEXO 37*.

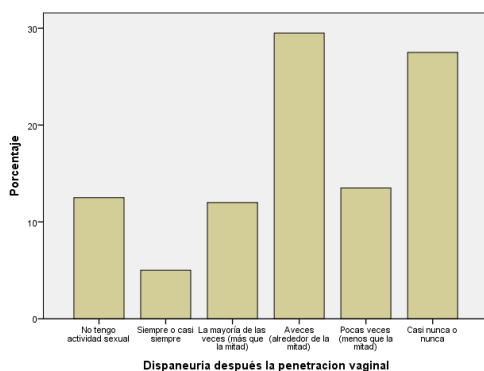


FIGURA 39: Gráfico de barras para ¿Cuan a menudo siente disconfort o dolor después de la penetración vaginal?

¿CUÁN A MENUDO SIENTE DISCOMFORT O DOLOR DESPUÉS DE LA PENETRACIÓN VAGINAL?		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO TENGO ACTIVIDAD SEXUAL	25	12,5
SIEMPRE O CASI SIEMPRE	10	5,0
LA MAYORÍA DE LAS VECES (MÁS QUE LA MITAD)	24	12,0
AVECES (ALREDEDOR DE LA MITAD)	59	29,5
POCAS VECES (MENOS QUE LA MITAD)	27	13,5
CASI NUNCA O NUNCA	55	27,5
TOTAL	200	100,0

ANEXO 37: Tabla de frecuencia y porcentaje para ¿Cuán a menudo siente disconfort o dolor después de la penetración vaginal?

En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de disconfort o dolor durante o después de la penetración vaginal? Puntuada del 0 a 5.

El 30,5% (61) presentan disconfort moderado durante o después del coito, el 26,5% (53) no presento o fue muy bajo y para el 6% (12) fue muy alto.

Ver *FIGURA 40* y *ANEXO 38*.

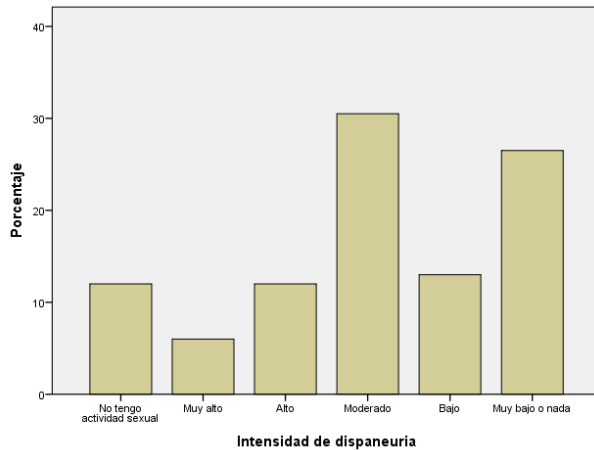


FIGURA 40: Gráfico de barras para ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de disconfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?

¿CÓMO CLASIFICA SU NIVEL (INTENSIDAD) DE DISCONFORT O DOLOR DURANTE O DESPUÉS DE LA PENETRACIÓN VAGINAL?		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO TENGO ACTIVIDAD SEXUAL	24	12,0
MUY ALTO	12	6,0
ALTO	24	12,0
MODERADO	61	30,5
BAJO	26	13,0
MUY BAJO O NADA	53	26,5
TOTAL	200	100,0

ANEXO 38: Tabla de frecuencia y porcentaje para ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de disconfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?

5.1.4 ANÁLISIS BIVARIADO:

5.1.4.1 ANÁLISIS EDAD E INCONTINENCIA URINARIA:

Las mujeres de 20 a 30 años edad constituyen el grupo que menos incontinencia urinaria presentó, 66 de 96 de ellas no tienen la enfermedad lo cual constituye el 61,7%; mientras que, el grupo más afectado fueron las mujeres de 31 a 40 años de edad en el cual el 49,5% tienen la enfermedad. Ver *FIGURA 41* y *ANEXO 39*.

EDAD POR CATEGORIAS*INCONTINENCIA URINARIA TABULACIÓN CRUZADA					
			INCONTINENCIA URINARIA		TOTAL
			SI	NO	
EDAD POR CATEGORIAS	20 A 30	RECuento	30	66	96
		% DENTRO DE INCONTINENCIA URINARIA	32,3%	61,7%	48,0%
	31 A 40	RECuento	46	23	69
		% DENTRO DE INCONTINENCIA URINARIA	49,5%	21,5%	34,5%
	41 A 50	RECuento	17	18	35
		% DENTRO DE INCONTINENCIA URINARIA	18,3%	16,8%	17,5%
TOTAL		RECuento	93	107	200

ANEXO 39: Tabla para análisis bivariado de edad e incontinencia urinaria

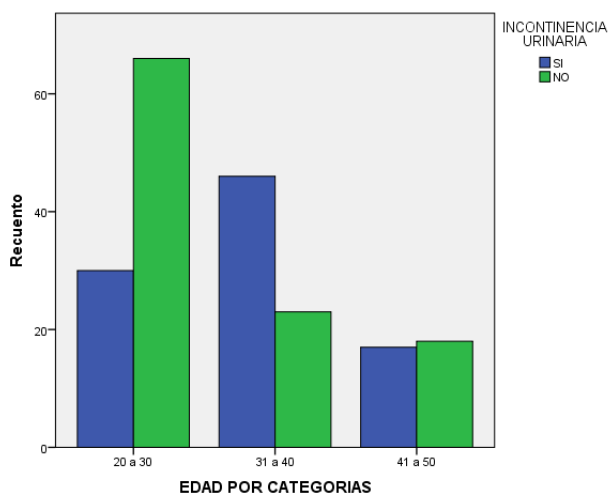


FIGURA 41: Gráfico de barras análisis bivariado de edad e incontinencia urinaria.

Las mujeres que tienen más de 35 años de edad tienen 2,5 veces más riesgo de presentar incontinencia urinaria que las mujeres menores de 35 años de edad. Ver *FIGURA 42* y *ANEXO 40*.

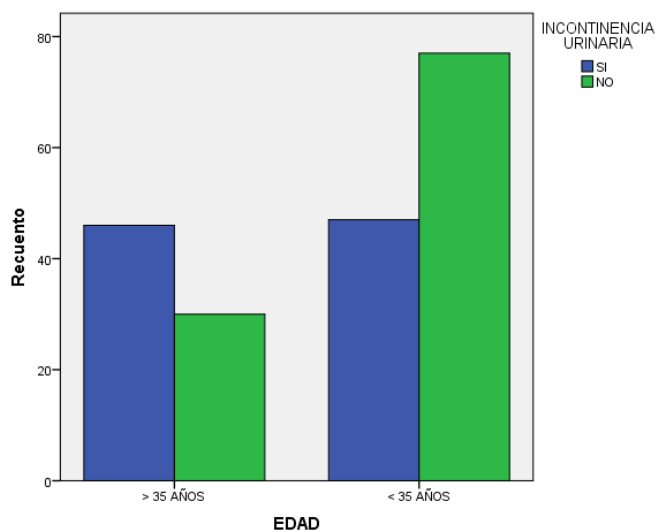


FIGURA 42: Gráfico de barras análisis bivariado de edad e incontinencia urinaria.

TABULACIÓN CRUZADA EDAD E INCONTINENCIA URINARIA											
			INCONTINEN CIA URINARIA		TOTA L	ODDS RATIO PARA EDAD (> 35 AÑOS / < 35 AÑOS)					
			SI	NO							
EDA D	> 35 AÑO S	RECuento	46	30	76	VALO R	IC DE 95%				
		% DENTRO DE INCONTINEN CIA URINARIA	49,5%	28,0%	38,0%		INFERI OR	SUPERI OR			
	< 35 AÑO S	RECuento	47	77	124		2,512	1,398	4,513		
		% DENTRO DE INCONTINEN CIA URINARIA	50,5%	72,0%	62,0%						
TOTAL		RECuento	93	107	200						
		% DENTRO DE INCONTINEN CIA URINARIA	100,0%	100,0%	100,0 %						

ANEXO 40: Tabla de análisis bivariado de edad e incontinencia urinaria y Odds Ratio para edad (>35 años / < 35 años)

5.1.4.2 ANÁLISIS ESTADO CIVIL E INCONTINENCIA URINARIA

Las mujeres que presentaron incontinencia urinaria en mayor cantidad fueron las que están casadas en relación a las mujeres solteras, constituyendo 50 (53,8) de 81 y 31(33.3%) de 74 respectivamente. Ver FIGURA 43 y ANEXO 41.

TABULACIÓN CRUZADA ESTADO CIVIL E INCONTINENCIA URINARIA					
			INCONTINENCIA URINARIA		TOTAL
			SI	NO	
ESTADO CIVIL	SOLTERA	RECuento	31	43	74
		% DENTRO DE INCONTINENCIA URINARIA	33,3%	40,2%	37,0%
	CASADA	RECuento	50	31	81
		% DENTRO DE INCONTINENCIA URINARIA	53,8%	29,0%	40,5%
	VIUDA	RECuento	2	3	5
		% DENTRO DE INCONTINENCIA URINARIA	2,2%	2,8%	2,5%
	DIVORCIADA	RECuento	3	8	11
		% DENTRO DE INCONTINENCIA URINARIA	3,2%	7,5%	5,5%
	UNIÓN DE HECHO	RECuento	7	22	29
		% DENTRO DE INCONTINENCIA URINARIA	7,5%	20,6%	14,5%
TOTAL		RECuento	93	107	200

ANEXO 41: Tabla de análisis bivariado para estado civil e incontinencia urinaria.

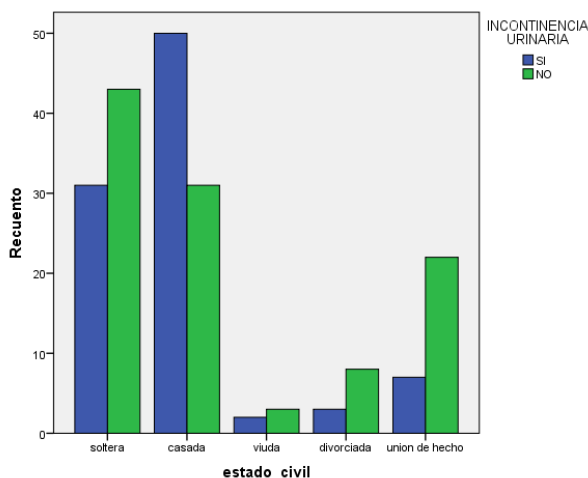


FIGURA 43: Gráfico de barras para las variables estado civil e incontinencia urinaria.

5.1.4.3 ANÁLISIS OCUPACIÓN E INCONTINENCIA URINARIA:

Siendo el grupo más representativo del total de las encuestadas las mujeres cuya ocupación son los quehaceres domésticos tenemos que 55 (59,1%) de ellas presentan incontinencia urinaria; mientras que las 40 (37,4%) restantes no la tienen, seguidos por estudiantes con el 16,1% es decir, 15 de 46 de las participantes, comerciantes 12,9% que son 12 de 24 pacientes y finalmente personal dedicado a la salud (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) que constituyen el 2,2%, 4,3% y 5,4% respectivamente. *FIGURA 44 y ANEXO 42.*

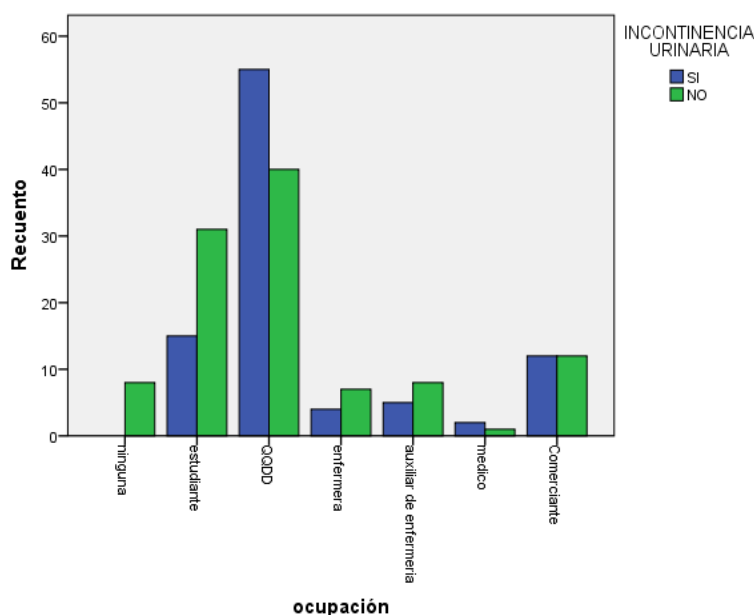


FIGURA 44: Gráfico de barras para las variables ocupación e incontinencia urinaria.

TABULACIÓN CRUZADA OCUPACIÓN E INCONTINENCIA URINARIA					
			INCONTINENCIA URINARIA		TOTAL
			SI	NO	
OCUPACIÓN	NINGUNA	RECuento	0	8	8
		% DENTRO DE INCONTINENCIA URINARIA	0,0%	7,5%	4,0%
	ESTUDIANTE	RECuento	15	31	46
		% DENTRO DE INCONTINENCIA URINARIA	16,1%	29,0%	23,0%
	QQDD	RECuento	55	40	95
		% DENTRO DE INCONTINENCIA URINARIA	59,1%	37,4%	47,5%
	ENFERMERA	RECuento	4	7	11
		% DENTRO DE INCONTINENCIA URINARIA	4,3%	6,5%	5,5%
	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	RECuento	5	8	13
		% DENTRO DE INCONTINENCIA URINARIA	5,4%	7,5%	6,5%
	MÉDICO	RECuento	2	1	3
		% DENTRO DE INCONTINENCIA URINARIA	2,2%	0,9%	1,5%
	COMERCIANTE	RECuento	12	12	24
		% DENTRO DE INCONTINENCIA URINARIA	12,9%	11,2%	12,0%
TOTAL		RECuento	93	107	200

ANEXO 42: Tabla de análisis bivariado para ocupación e incontinencia urinaria.

5.1.4.4 ANÁLISIS NIVEL DE INSTRUCCIÓN E INCONTINENCIA URINARIA

No presentaron incontinencia urinaria 45 (42,1%) de las 68 mujeres con instrucción superior mientras que las mujeres con instrucción secundarias si presentaron incontinencia urinaria en un 55,9% (52). *FIGURA 45 y ANEXO 43.*

TABULACIÓN CRUZADA NIVEL DE INSTRUCCIÓN E INCONTINENCIA URINARIA					
			INCONTINENCIA URINARIA		TOTAL
			SI	NO	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	PRIMARIA	RECuento	18	22	40
		% DENTRO DE INCONTINENCIA URINARIA	19,4%	20,6%	20,0%
	SECUNDARIA	RECuento	52	40	92
		% DENTRO DE INCONTINENCIA URINARIA	55,9%	37,4%	46,0%
	SUPERIOR	RECuento	23	45	68
		% DENTRO DE INCONTINENCIA URINARIA	24,7%	42,1%	34,0%
TOTAL		RECuento	93	107	200
		% DENTRO DE INCONTINENCIA URINARIA	100,0%	100,0%	100,0%

ANEXO 43: Tabla de análisis bivariado para las variables de instrucción e incontinencia urinaria

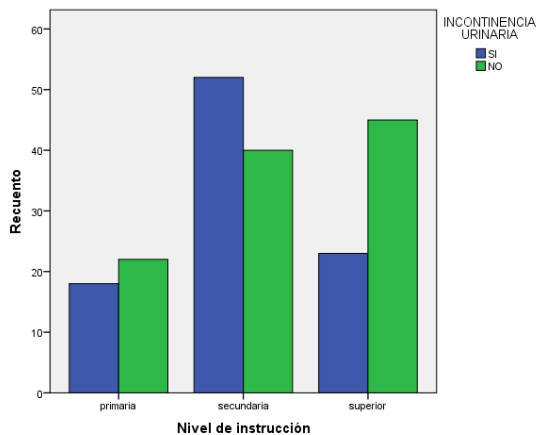


FIGURA 45: Gráfico de barras para las variables nivel de instrucción e incontinencia urinaria.

5.1.4.5 ANÁLISIS PARIDAD E INCONTINENCIA URINARIA

El 77,4% de las mujeres multíparas presentaron incontinencia urinaria y tienen 2,12 veces más riesgo de presentar incontinencia urinaria con relación a las primíparas. *FIGURA 46 y ANEXO 44.*

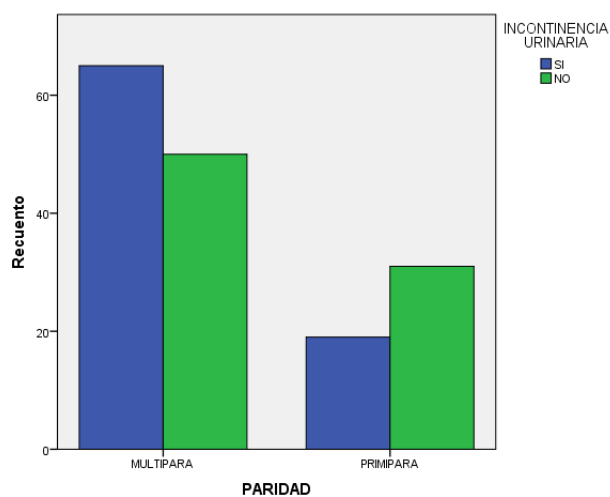


FIGURA 46: Gráfico de barras para las variables paridad e incontinencia urinaria.

TABULACIÓN CRUZADA PARIDAD E INCONTINENCIA URINARIA									
			INCONTINE NCIA URINARIA		TOT AL	ODDS RATIO PARA PARIDAD (MULTIPARA / PRIMIPARA)			
			SI	NO					
PARID AD	MULTÍP ARA	RECuento	65	50	115	VAL OR	IC 95%		
		% DENTRO DE INCONTINE NCIA URINARIA	77,4%	61,7%	69,7 %		INFERI OR	SUPERI OR	
	PRIMÍPA RA	RECuento	19	31	50	2.12	1.07	4.18	
		% DENTRO DE INCONTINE NCIA URINARIA	22,6%	38,3%	30,3 %				
	TOTAL		RECuento	84	81	165			
			% DENTRO DE INCONTINE NCIA URINARIA	100,0 %	100,0 %	100,0 %			

ANEXO 44: Tabla de análisis bivariado para las variables paridad e incontinencia urinaria y Odds Ratio para paridad (multípara / primípara)

5.1.4.6 ANÁLISIS DE INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA:

De las 93 mujeres que presentaron incontinencia urinaria las 54 (93.1%) presentaron afectación leve en su calidad de vida, 37 (100%) moderada y 1 (100%) severa. Ver *FIGURA 47* y *ANEXO 45*.

TABULACIÓN CRUZADA INCONTINENCIA URINARIA Y AFECTACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA							
			AFECTACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA				TOTAL
			LEV E	MODERA DO	SEVER O	SIN AFECTACI ON	
INCONTINEN CIA URINARIA	SI	RECUE NT O	54	37	1	1	93
		% DENTRO DE AFECTACI ÓN DE LA CALIDAD DE VIDA	93,1 %	100,0%	100,0%	1,0%	46,5%
	NO	RECUE NT O	4	0	0	103	107
		% DENTRO DE AFECTACI ÓN DE LA CALIDAD DE VIDA	6,9%	0,0%	0,0%	99,0%	53,5%
TOTAL		RECUE NT O	58	37	1	104	200
		% DENTRO DE AFECTACI ÓN DE LA CALIDAD DE VIDA	100,0 %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0 %

ANEXO 45: Tabla de análisis bivariado para las variables incontinencia urinaria y calidad

de vida

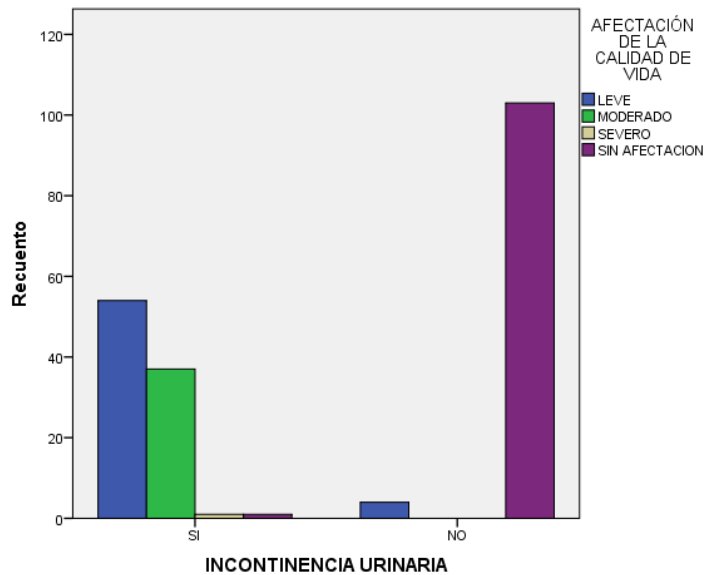


FIGURA 47: Gráfico de barras para las variables incontinencia urinaria y afectación en la calidad de vida.

5.1.4.7 ANÁLISIS DE INCONTINENCIA URINARIA Y DISFUNCIÓN SEXUAL

Las mujeres que presentaron incontinencia urinaria también presentaron disfunción sexual fueron 75 de 93 participantes que representa el 51,4% y tienen dos veces más riesgo de lo cual, constituye un factor de riesgo para presentar disfunción sexual. Ver *FIGURA 48 Y ANEXO 46*.

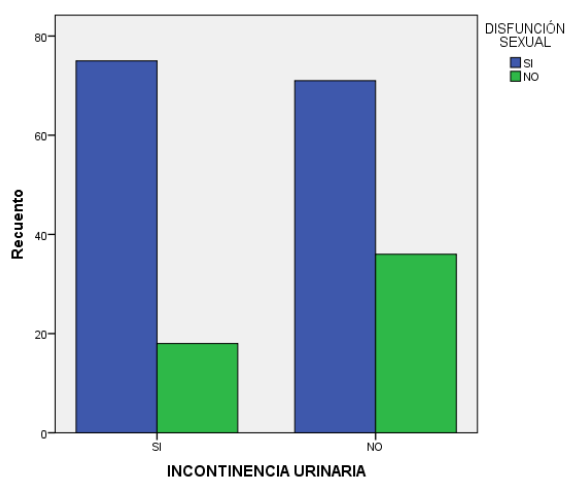


FIGURA 48: Gráfico de barras para las variables incontinencia urinaria y disfunción sexual.

TABULACIÓN CRUZADA PARIDAD E INCONTINENCIA URINARIA								
			DISFUNCIÓN SEXUAL			ODDS RATIO PARA INCONTINENCIA URINARIA (INCONTINENCIA URINARIA/ DISFUNCIÓN SEXUAL)		
			SI	NO				
INCONTINENCIA URINARIA	SI	RECuento	75	18	93	VALOR	IC 95%	
		% DENTRO DE DISFUNCIÓN SEXUAL	51,4 %	33,3 %	46,5 %		INFERIOR	SUPERIOR
	NO	RECuento	71	36	107	2,113	1,100	4.056
		% DENTRO DE DISFUNCIÓN SEXUAL	48,6 %	66,7 %	53,5 %			
TOTAL		RECuento	146	54	200			
		% DENTRO DE DISFUNCIÓN SEXUAL	100,0 %	100,0 %	100,0 %			

ANEXO 46: Tabla de análisis bivariado para incontinencia urinaria y disfunción sexual y

Odds Ratio para incontinencia urinaria (incontinencia urinaria / disfunción sexual)

5.1.4.8 ANÁLISIS DE INCONTINENCIA URINARIA Y GRADO DE DISFUNCIÓN SEXUAL

Al analizar estas variables podemos decir que tanto mujeres continentales como incontinentes presentan disfunción sexual. En ambos grupos se evidencia disfunción sexual moderada constituyendo el 57,4% de las mujeres incontinentes y el 42,6% en las mujeres continentales.

Ver *FIGURA 49* y *ANEXO 47*.

TABULACIÓN CRUZADA INCONTINENCIA URINARIA Y DISFUNCIÓN SEXUAL						
			DISFUNCION SEXUAL			TOTAL
			SIN DISFUNCIÓN SEXUAL	MODERADA DISFUNCIÓN SEXUAL	SEVERA DISFUNCIÓN SEXUAL	
INCONTINENCIA URINARIA	SI	RECuento	18	66	9	93
		% DENTRO DE DISFUNCIÓN SEXUAL	31,6%	57,4%	32,1%	46,5%
	NO	RECuento	39	49	19	107
		% DENTRO DE DISFUNCIÓN SEXUAL	68,4%	42,6%	67,9%	53,5%
TOTAL		RECuento	57	115	28	200
		% DENTRO DE DISFUNCIÓN SEXUAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

ANEXO 47: Tabla de análisis bivariado para incontinencia urinaria y grado de disfunción sexual

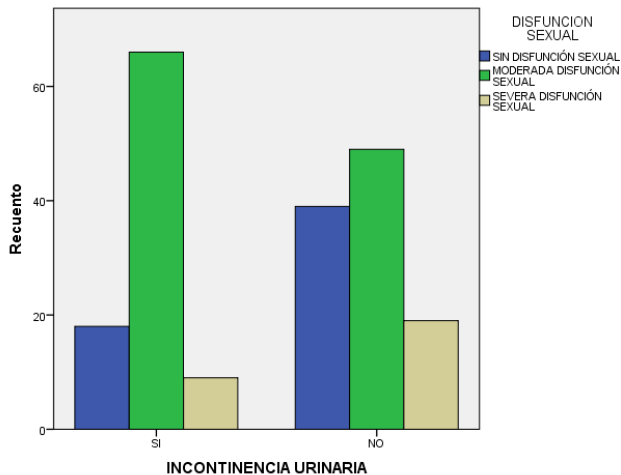


FIGURA 49: Gráfico de barras para las variables incontinencia urinaria y grado de disfunción sexual.

5.1.4.9 ANÁLISIS DE INCONTINENCIA URINARIA Y SATISFACCIÓN SEXUAL

Al realizar el análisis bivarial llama la atención que las mujeres sin incontinencia urinaria se encuentran muy satisfechas con su vida sexual; mientras que el 68,9% que son 42 de las 93 mujeres incontinentes no están ni satisfechas ni insatisfechas. Ver *FIGURA 50 Y ANEXO 48*.

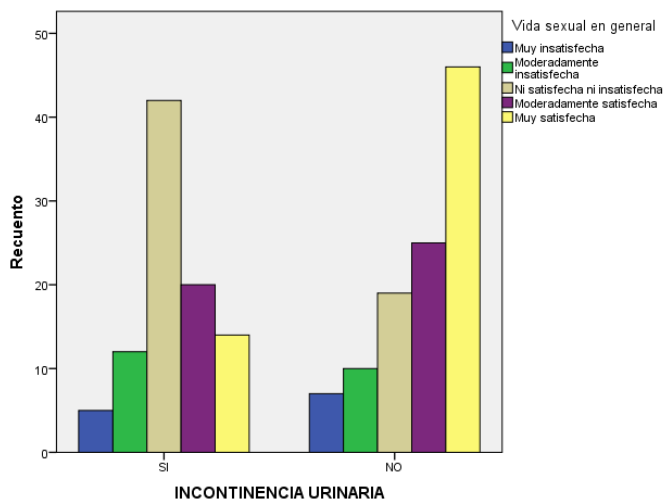


FIGURA 50: Gráfico de barras para las variables incontinencia urinaria y satisfacción sexual.

TABULACIÓN CRUZADA INCONTINENCIA URINARIA Y SATISFACCION SEXUAL								
			SATISFACCIÓN SEXUAL					TOTAL
			MUY INSATISFECA	ADAME NTE INSATISFECA	SATISFECHA NI	INSATISFECA	ADAME NTE INSATISFECA	
INCONTINENCIA URINARIA	SI	RECuento	5	12	42	20	14	93
		% DENTRO DE VIDA SEXUAL EN GENERAL	41,7%	54,5%	68,9%	44,4%	23,3%	46,5%
	NO	RECuento	7	10	19	25	46	107
		% DENTRO DE VIDA SEXUAL EN GENERAL	58,3%	45,5%	31,1%	55,6%	76,7%	53,5%
TOTAL			12	22	61	45	60	200

ANEXO 48: Tabla de análisis bivariado para incontinencia urinaria y satisfacción sexual

5.1.4.10 ANÁLISIS DE EDAD CON DISFUNCIÓN SEXUAL

Las mujeres de 20 a 30 años edad constituyen el grupo que más disfunción sexual presentó con 56,8% que constituye 63 de las 96. Ver *FIGURA 51* y *ANEXO 49*. Dentro de las menores de 30 años de edad existe disfunción sexual en 83 (56,8%) de 124 que constituye

el 56.8%. Las mujeres mayores de 35 años de edad tienen 2,39 veces más riesgo de presentar incontinencia urinaria que las mujeres menores de 35 años de edad. Ver *FIGURA 52* y *ANEXO 50*.

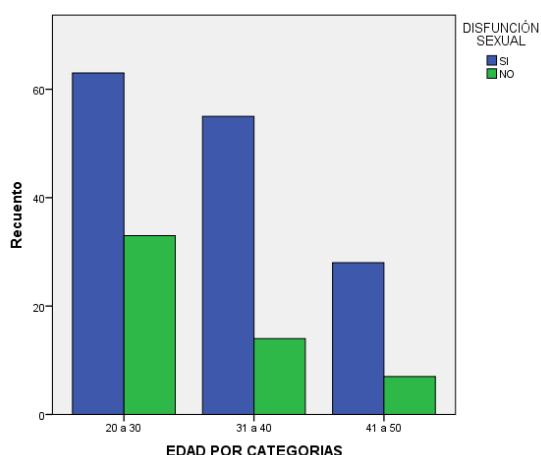


FIGURA 51: Gráfico de barras para las variables edad y disfunción sexual.

TABULACIÓN CRUZADA EDAD Y DISFUNCIÓN SEXUAL					
			DISFUNCIÓN SEXUAL		TOTAL
			SI	NO	
EDAD POR CATEGORIAS	20 A 30	RECuento	63	33	96
		% DENTRO DE DISFUNCIÓN SEXUAL	43,2%	61,1%	48,0%
	31 A 40	RECuento	55	14	69
		% DENTRO DE DISFUNCIÓN SEXUAL	37,7%	25,9%	34,5%
	41 A 50	RECuento	28	7	35
		% DENTRO DE DISFUNCIÓN SEXUAL	19,2%	13,0%	17,5%
TOTAL			146	54	200

ANEXO 49: Tabla para análisis bivariar edad y disfunción sexual

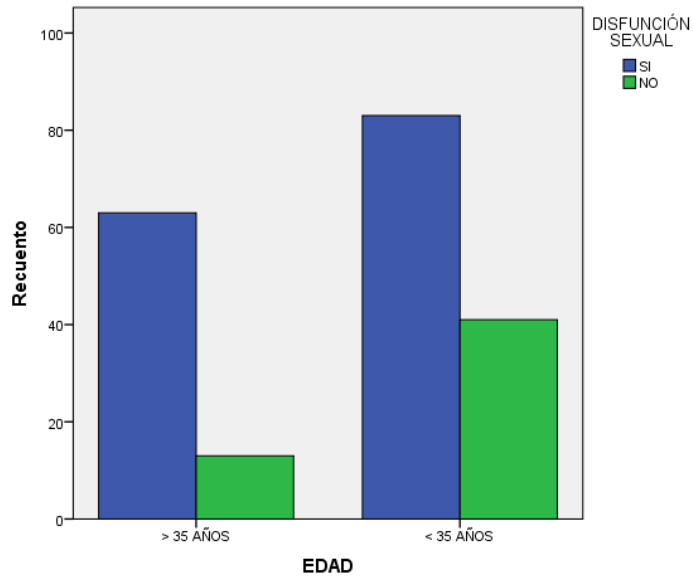


FIGURA 52: Gráfico de barras para las variables edad y disfunción sexual.

TABULACIÓN CRUZADA PARA EDAD Y DISFUNCIÓN SEXUAL								
			DISFUNCIÓN SEXUAL		TOTAL	ODDS RATIO PARA EDAD (> 35 AÑOS / < 35 AÑOS)		
			SI	NO				
EDAD	> 35 AÑOS	RECuento	63	13	76	VALOR	IC 95%	
		% DENTRO DE DISFUNCIÓN SEXUAL	43,2%	24,1%	38,0%		INFERIOR	SUPERIOR
	< 35 AÑOS	RECuento	83	41	124	2,39	1,18	4,84
		% DENTRO DE DISFUNCIÓN SEXUAL	56,8%	75,9%	62,0%			
TOTAL		RECuento	146	54	200			
		% DENTRO DE DISFUNCIÓN SEXUAL	100,0 %	100,0 %	100,0%			

ANEXO 50: Tabla de análisis bivariado para edad y disfunción sexual y Odds Ratio para edad (> 35 años / < 35 años)

5.1.4.11 ANÁLISIS DE ESTADO CIVIL CON DISFUNCIÓN SEXUAL

El grupo que presento disfunción sexual fueron las mujeres casadas con un 44,5% que representa 65 de las 81 de ese grupo, seguida de las mujeres solteras con un 34,2% que constituyeron 50 de las 74 y finalmente las mujeres que se encuentran en unión libre con el 12,3% que son 18 de las 29. VER *FIGURA 53 Y ANEXO 51*.

TABULACIÓN CRUZADA ESTADO CIVIL Y DISFUNCIÓN SEXUAL					
			DISFUNCIÓN SEXUAL		TOTAL
			SI	NO	
ESTADO CIVIL	SOLTERA	RECuento	50	24	74
		% DENTRO DE DISFUNCIÓN SEXUAL	34,2%	44,4%	37,0%
	CASADA	RECuento	65	16	81
		% DENTRO DE DISFUNCIÓN SEXUAL	44,5%	29,6%	40,5%
	VIUDA	RECuento	4	1	5
		% DENTRO DE DISFUNCIÓN SEXUAL	2,7%	1,9%	2,5%
	DIVORCIADA	RECuento	9	2	11
		% DENTRO DE DISFUNCIÓN SEXUAL	6,2%	3,7%	5,5%
	UNIÓN DE HECHO	RECuento	18	11	29
		% DENTRO DE DISFUNCIÓN SEXUAL	12,3%	20,4%	14,5%
TOTAL		RECuento	146	54	200
		% DENTRO DE DISFUNCIÓN SEXUAL	100,0%	100,0%	100,0%

ANEXO 51: Tabla de análisis bivariado para estado civil y disfunción sexual

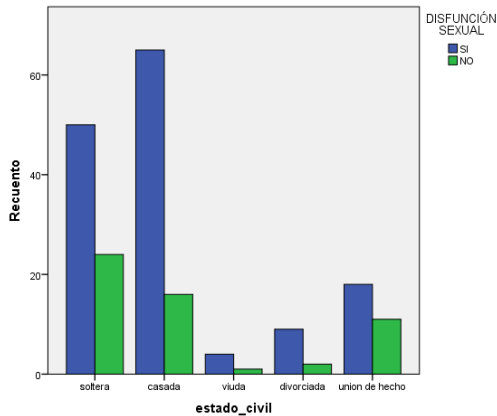


FIGURA 53: Gráfico de barras para las variables estado civil y disfunción sexual.

5.1.4.12 ANÁLISIS DE OCUPACIÓN CON DISFUNCION SEXUAL:

Las mujeres cuya ocupación son los quehaceres domésticos fue el grupo más afectado para disfunción sexual presentado el 53,4% que son 70 de las 95 mujeres, seguido por las estudiantes que son 30 de 46 lo que representa el 20, 5% y finalmente las comerciantes 12,3% que constituye 18 de las 24 para ese grupo. El grupo menos afectado constituyo para aquellas mujeres que se dedican al área de la salud (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) Ver FIGURA 54 y ANEXO 52.

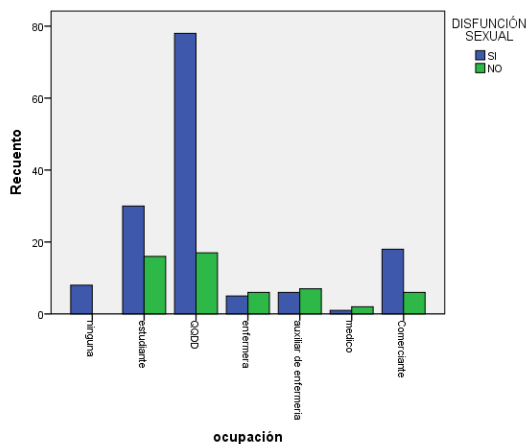


FIGURA 54: Gráfico de barras para las variables ocupación y disfunción sexual.

TABULACIÓN CRUZADA OCUPACIÓN Y DISFUNCIÓN SEXUAL					
			DISFUNCIÓN SEXUAL		TOTAL
			SI	NO	
OCUPACIÓN	NINGUNA	RECuento	8	0	8
		% DENTRO DE DISFUNCIÓN SEXUAL	5,5%	0,0%	4,0%
	ESTUDIANTE	RECuento	30	16	46
		% DENTRO DE DISFUNCIÓN SEXUAL	20,5%	29,6%	23,0%
	QQDD	RECuento	78	17	95
		% DENTRO DE DISFUNCIÓN SEXUAL	53,4%	31,5%	47,5%
	ENFERMERA	RECuento	5	6	11
		% DENTRO DE DISFUNCIÓN SEXUAL	3,4%	11,1%	5,5%
	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	RECuento	6	7	13
		% DENTRO DE DISFUNCIÓN SEXUAL	4,1%	13,0%	6,5%
	MÉDICO	RECuento	1	2	3
		% DENTRO DE DISFUNCIÓN SEXUAL	0,7%	3,7%	1,5%
	COMERCIANTE	RECuento	18	6	24
		% DENTRO DE DISFUNCIÓN SEXUAL	12,3%	11,1%	12,0%
TOTAL		RECuento	146	54	200
		% DENTRO DE DISFUNCIÓN SEXUAL	100,0%	100,0%	100,0%

ANEXO 52: Tabla de análisis bivariado para ocupación y disfunción sexual

5.1.4.14 ANÁLISIS DE NIVEL DE INSTRUCCIÓN CON DISFUNCIÓN SEXUAL:

De acuerdo al nivel de instrucción tenemos que 70 de las 92 mujeres con nivel de educación secundaria presentaron disfunción sexual, seguidas por las de nivel superior con un 26,7% que representan 39 de 68 y finalmente las de primaria con un 25,3% que constituyen 37 de las 40 para ese grupo. Ver FIGURA 55 y ANEXO 53.

TABULACIÓN CRUZADA NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y DISFUNCIÓN SEXUAL					
			DISFUNCIÓN SEXUAL		TOTAL
			SI	NO	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	PRIMARIA	RECuento	37	3	40
		% DENTRO DE DISFUNCIÓN SEXUAL	25,3%	5,6%	20,0%
	SECUNDARIA	RECuento	70	22	92
		% DENTRO DE DISFUNCIÓN SEXUAL	47,9%	40,7%	46,0%
	SUPERIOR	RECuento	39	29	68
		% DENTRO DE DISFUNCIÓN SEXUAL	26,7%	53,7%	34,0%
TOTAL		RECuento	146	54	200
		% DENTRO DE DISFUNCIÓN SEXUAL	100,0%	100,0%	100,0%

ANEXO 53: Tabla de análisis bivariado para nivel de instrucción y disfunción sexual

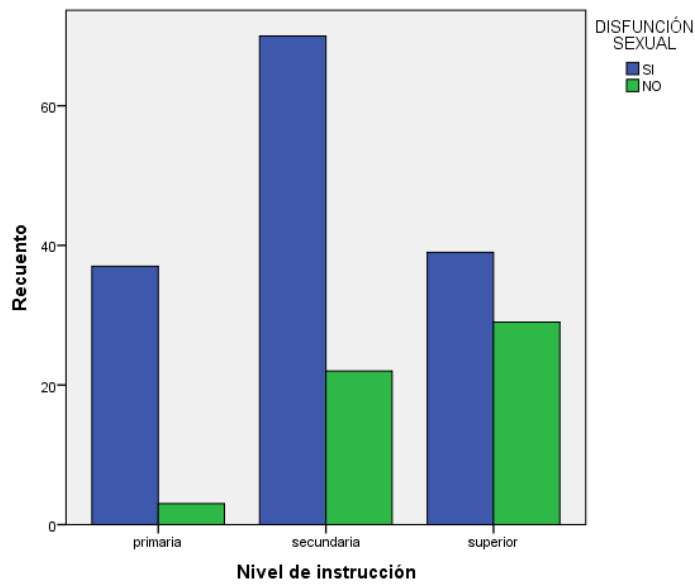


FIGURA 55: Gráfico de barras para las variables nivel de instrucción y disfunción sexual.

5.1.4.15 ANÁLISIS DE PARIDAD CON DISFUNCIÓN SEXUAL:

Las 90 de 115 mujeres multíparas presentaron disfunción sexual que constituye el 73,80%. Las multíparas tienen un 2,02% veces más riesgo de presentar disfunción sexual que las primíparas. Ver FIGURA 56 y ANEXO 54.

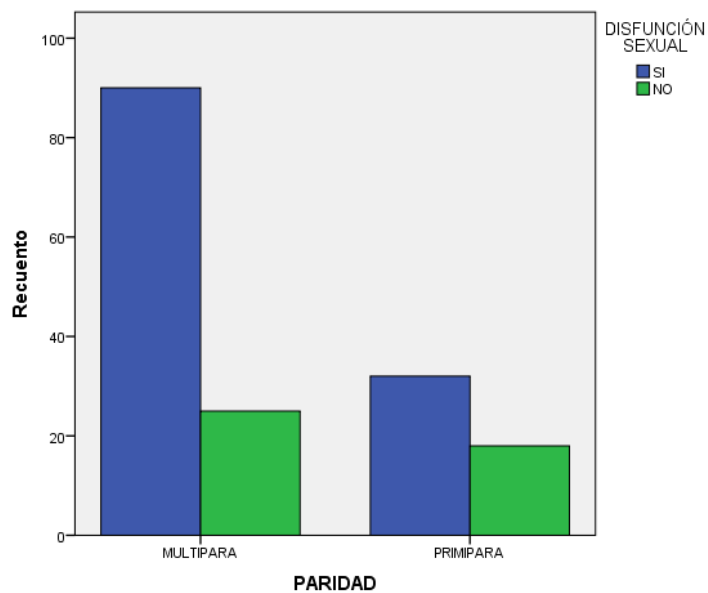


FIGURA 56: Gráfico de barras para las variables paridad y disfunción sexual.

TABULACIÓN CRUZADA PARIDAD Y DISFUNCIÓN SEXUAL								
			DISFUNCIÓN SEXUAL		TOTAL	ODDS RATIO PARA PARIDAD (MULTIPARA / PRIMIPARA)		
			SI	NO				
PARIDAD	MULTIPARA	RECuento	90	25	115	VALOR	IC 95%	
		% DENTRO DE DISFUNCIÓN SEXUAL	73,8 %	58,1 %	69,7%		SUPERIOR	INFERIOR
	PRIMIPARA	RECuento	32	18	50	2.025	0.978	4.193
		% DENTRO DE DISFUNCIÓN SEXUAL	26,2 %	41,9 %	30,3%			
	TOTAL		RECuento	122	43			
			% DENTRO DE DISFUNCIÓN SEXUAL	100,0 %	100,0 %			

ANEXO 54: Tabla de análisis bivariado para paridad y disfunción sexual y Odds Ratio para paridad (paridad/ disfunción sexual)

CAPITULO VI

6.1 DISCUSIÓN

La disfunción sexual en las mujeres, pese a ser un ámbito poco estudiado, corresponde a un campo importante en la investigación, análisis y manejo que debe ser tratado de forma integral. Debemos considerar que cada persona lleva su sexualidad de diferente manera, todo esto es influido por el ambiente socio cultural y religioso en el que se ha desarrollado, además de la relación con la pareja, aunque este ámbito no está incluido, sin duda se debe indagar en estudios posteriores que complementen nuestro estudio. Durante esta investigación hemos evidenciado la incomodidad y la vergüenza que provoca en la mayoría de mujeres de nuestra sociedad al hablar de su propia sexualidad, lo que debemos considerar es un limitante para que aquellas mujeres con algún tipo de disfunción sexual busquen ayuda a su problema, y se convierte sin duda en un problema de salud del que no se tiene un análisis estadístico en otros países ni en el nuestro es por esto que se considera un problema infra diagnosticado.

El uso del cuestionario IFSF(The Female Sexual Function Index), creado por los autores Rosen R. y cols en el año 2000 , basados en el *International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction* es una herramienta de gran utilidad en la consulta que permite medir la función sexual. Es un cuestionario auto administrado, éste ha

demostrado altos niveles de confiabilidad y aplicabilidad y ha sido validado clínicamente en mujeres chilenas de 20 a 59 años. ^(55,56)

En nuestro estudio hemos tomado la definición dada por la Sociedad Nacional de Continencia definiendo a la incontinencia urinaria como cualquier pérdida orina, de acuerdo a los resultados obtenidos en las encuestas utilizadas tenemos que el 51,5% de las mujeres nunca han presentado una pérdida de orina, mientras que el 49,5 % si lo ha presentado. Los resultados en otros estudios son muy variados ya que se ha utilizado diferentes definiciones de incontinencia urinaria, el tipo de estudio realizado, la población femenina estudiada o incluso en nivel de salud en el que se ha realizado. En comparación con un estudio reciente llevado a cabo en países europeos (Francia, Alemania, Reino Unido y España) con encuestas a domicilio en 17.080 mujeres mayores de 18 años, el 35% de ellas presento pérdida involuntaria de orina. Lo que podemos destacar en nuestro estudio es que hubo mayor prevalencia en mujeres entre los 31 y 40 años con incontinencia urinaria con un 49,5%, siendo en su mayoría mujeres menores de 35 años, seguido por el grupo de edad de 20 a 30 años con un 32,3%, y en el grupo de 41 a 50 años con un 18,3%., Al realizar el Odds Ratio se determinó que los personas mayores de 35 años tienen 2,53 veces más riesgo de presentar incontinencia urinaria que los pacientes menores de 35 años, lo que nos indica que esto puede ser una probable edad inicio de la incontinencia urinaria, sobre la cual poca información se encuentra en estudios estadísticos, ya que los pacientes acuden a consulta para tratarse cuando presentan afectación de moderada a severa en su calidad de vida.

De las mujeres con incontinencia urinaria el 41% corresponde a incontinencia urinaria de esfuerzo, del cual el 22% fue al toser o estornudar y el 19% al realizar esfuerzos físicos, por lo tanto la incontinencia urinaria más frecuente es la de esfuerzo, siendo que en esta población de estudio en su mayoría adulta joven realizan actividades que implican mayor esfuerzo físico y actividad física.

De las 93 mujeres incontinentes refiere haber perdido orina el 16,5% una vez a la semana, 2 o 3 veces a la semana 10,5% una vez al día el 8%, varias veces al día 8,5 %. La pérdida de orina en el 36% se le escapa en muy poca cantidad y el 9,5% en cantidad moderada.

De acuerdo al estado civil encontramos que el 55% mujeres casadas presentaban incontinencia urinaria de esfuerzo seguido por las mujeres solteras en un 35.1 %.

En mujeres con incontinencia urinaria 46,5 % presentan afectación de calidad de vida de las que 93% corresponden a leve intensidad, creemos que es así porque el grado de incontinencia que presentan aún no afecta a sus actividades cotidianas y a su relación con el entorno, de manera que no justifica la hipótesis planteada de que las mujeres con incontinencia urinaria necesariamente tienen mala calidad de vida.

La ocupación más prevalente fue las amas de casa con un 47, 5% seguidas por estudiantes en un 23% y otras profesiones el 25% (enfermeras, auxiliares de enfermería, comerciantes y médicos), y un 4% sin ninguna ocupación. En cuanto a la ocupación se encontró que el 59,1% de amas de casa presentan incontinencia urinaria, seguida por estudiantes con un 16,1%, y comerciantes con un 12,9%.

El nivel de instrucción correspondió a un 46% secundaria, 34% estudios superiores y 19% primaria, de éstas el grupo que presentó mayor incontinencia urinaria fue secundaria con 55,9% seguida de superior con un 24,7%.

En cuanto a la paridad el 37,5% de mujeres son multíparas el 25% primíparas y el 17,5% nulíparas, de esto se obtuvo que el 87,4% de mujeres multíparas presenta incontinencia urinaria, lo cual confirma la hipótesis planteada que corresponde a que la multiparidad corresponde a 2,12 veces más riesgo para tener incontinencia urinaria.

DISFUNCIÓN SEXUAL

Del total de mujeres encuestadas tenemos que el 28,5% presentan disfunción sexual, del cual el 57,5 % presentan disfunción sexual moderada, y el 14% tiene una disfunción sexual severa.

El 57,4% de mujeres que tuvieron incontinencia urinaria presentan disfunción sexual moderada, 32,1% con disfunción sexual severa.

El primer dominio que valora el test de IFSF, es el **deseo** en el que se evidencia que el 31% de mujeres a veces presentan interés sexual; seguido por pocas veces con 25%, y casi siempre el 16,5 % de mujeres, siendo más representativo el deseo sexual moderado con un 48%, a diferencia de ningún deseo sexual en un 8%.

En el dominio de **excitación**, encontramos que tan sólo el 21% de la totalidad de mujeres encuestadas tienen siempre excitación sexual mientras que el 22,5 % de mujeres presentan

excitación sexual en la mitad de relaciones sexuales, con una moderada intensidad de excitación.

Además el 12% de encuestadas responde que no tiene actividad sexual, pese a que en el cuestionario considera la actividad sexual durante las últimas 4 semanas, lo cual determina que no necesariamente el hecho de tener pareja quiere decir que es una mujer sexualmente activa en ese momento, y que probablemente sus respuestas se refieran a experiencias pasadas.

En el dominio de **lubricación**, encontramos que el 48% refirió presentar lubricación la mayoría de las veces durante la relación sexual, en un 24% siendo presentando poca dificultad y sin nada de dificultad en un 30 %, del total de encuestadas el 55% casi siempre mantiene esta lubricación hasta finalizar la relación sexual.

En el dominio **orgasmo**, el 26,5 refirió que casi siempre o siempre alcanza el orgasmo, el 21.5% a veces y el 1.5% nunca ha llegado al clímax, de las mujeres que llegaron al orgasmo en un 32% es poco difícil y seguido de un 22% nada difícil, en cuanto a su nivel de satisfacción el 33% de mujeres se sienten satisfechas con su capacidad de alcanzarlo.

En el dominio **satisfacción** pudimos constatar que el 33% se siente muy satisfecho emocionalmente con sus parejas, sin embargo el 68,9 % de mujeres incontinentes no se sienten satisfechas ni insatisfechas con su vida sexual. Mientras que las mujeres continentales se sienten mucho más satisfechas con su vida sexual en general en relación con las mujeres no continentales.

El dominio **dolor**, el 29,5% determinaron la presencia de dolor o discomfort durante la penetración vaginal que perdura en la etapa postcoital, seguida de un 25% que nunca lo presentaron, siendo este tipo de dolor en un 30,5% en moderada intensidad.

En mujeres con incontinencia urinaria el 51,4% presento algún grado de disfunción sexual, teniendo como resultado que la incontinencia urinaria aumenta el riesgo de disfunción sexual en 2,11 veces, lo cual lleva a la conclusión que nuestra hipótesis es correcta y están relacionados ambos problemas, sin embargo no necesariamente tiene que presentar incontinencia urinaria para presentar disfunción sexual ya que el 48% de mujeres continentales también presentan algún grado de disfunción sexual, en quienes se debería analizar el agente causal ya sea de tipo biológico como psicológico.

El grupo de edad que presentó en mayor porcentaje disfunción sexual fue en menores de 35 años, con un riesgo de 2,39 veces para presentar algún tipo de disfunción sexual, siendo más afectada el grupo de mujeres casadas con un 44,5% , seguidas de las mujeres solteras con un 34,2%, seguidas el grupo de unión de hecho con un 12%.

La ocupación en la que se evidenció mayor disfunción sexual fue en las amas de casa con un 53% seguido de las estudiantes con un 20,5%.

El nivel de instrucción en el que se presentó mayor disfunción sexual fue en el nivel secundario 47% seguido por el superior 26%.

El 73% de mujeres multíparas presento disfunción sexual, mientras que las primíparas tan solo un 26%, siendo la multiparidad un factor de riesgo de 2,02 más veces de presentar disfunción sexual en este grupo.

6.2 CONCLUSIONES

- En nuestro estudio podemos concluir que de 200 mujeres entre 20 a 50 años del Hospital Enrique Garcés, el 49,1 % presenta incontinencia urinaria, existiendo mayor prevalencia en mujeres entre los 31 y 40 años, grupo en el que las mujeres mayores de 35 años tienen 2,53 veces más riesgo de presentar incontinencia urinaria.
- De las mujeres con incontinencia urinaria el 41% correspondió a la incontinencia urinaria de esfuerzo manifestándose al aumentar la presión intrabdominal (ej. al toser y al realizar esfuerzos físicos), presentándose mayormente en mujeres en edad adulta joven, con lo cual no se confirma la hipótesis de ser más prevalente en las mujeres con adultez intermedia.
- En las mujeres con incontinencia urinaria el 46,5 % presento afectación en su calidad de vida en leve intensidad que correspondió al 93%, lo cual no confirma la hipótesis de que la incontinencia urinaria lleva necesariamente a una mala calidad de vida en este grupo de población estudiada.
- Se llegó a confirmar que las mujeres multíparas presentan en mayor porcentaje incontinencia urinaria, siendo la multiparidad un factor de riesgo con 2.12 veces de más

riesgo de presentar incontinencia urinaria, siendo el daño a las estructuras del piso pélvico una de las principales causas.

- En mujeres con incontinencia urinaria se demostró que el 51% presentan algún grado de disfunción sexual, siendo la incontinencia urinaria un factor de riesgo de 2,11 veces para la disfunción sexual, con lo que hemos comprobado nuestra hipótesis.
- En las mujeres continentales también se presentó disfunción sexual en el 48% de ellas lo cual nos indica que no necesariamente debe tener incontinencia urinaria para presentar algún problema de disfunción sexual.
- El nivel de instrucción en el que se presentó mayor disfunción sexual fue en el secundario con un 53% seguida por superior en un 26% lo que demuestra que la disfunción sexual no necesariamente está relacionada con la escolaridad básica de las pacientes, además la ocupación en la que mayor disfunción sexual se presenta es en amas de casa.
- Del total de mujeres encuestadas entre el 12 y el 15% refirieron no tener actividad sexual, pese a que uno de los criterios de inclusión es tener una relación estable de mínimo tres meses y tener actividad al menos en las 4 últimas semanas, lo que nos indica que no necesariamente las participantes hablaron sobre su funcionalidad sexual con la actual pareja sino tal vez con parejas anteriores.
- Las mujeres multíparas presentaron en un 73% disfunción sexual, siendo la multiparidad un factor de riesgo de 2,02 más veces de presentar disfunción sexual.
- Pudimos notar también que durante la investigación fue una situación incómoda y vergonzosa para las participantes del estudio ya que aún existe una sensación de

vergüenza al ser la sexualidad un tema aún tabú en nuestra sociedad, además del desconocimiento acerca de sus derechos sexuales, lo cual podemos considerar un limitante para que busquen ayuda con su especialista de confianza, es por esto que hemos concluido que es indispensable fomentar la educación sexual en la población ecuatoriana para cambiar la percepción de las mujeres y se sientan libres de expresar y vivir una sexualidad saludable y responsable.

- En cuanto a la satisfacción sexual, constatamos que tan solo el 33% de encuestadas se encuentran satisfechas emocionalmente con sus parejas, mientras que el 68% de mujeres incontinentes no sienten ni satisfacción ni insatisfacción acerca de su vida sexual con lo que podemos concluir que las mujeres se han centrado en cumplir el rol de madres y esposas y no se ha dado la importancia a su salud sexual.
- Del total de mujeres encuestadas tenemos el 57,5 % presentan disfunción sexual moderada, y el 14% tiene una disfunción sexual severa. De estas el 57,4% de mujeres que tuvieron incontinencia urinaria presentan disfunción sexual moderada, 32,1% con disfunción sexual severa, lo cual confirma nuestra hipótesis.

6.3 RECOMENDACIONES

- Recomendamos educación sexual y salud sexual a todas las edades y durante toda la vida sexual en la mujer.

- Recomendar a la paciente que dentro de las citas con su ginecólogo y urólogo en la medida de lo posible acuda con su pareja para que este pueda comprender sobre la patología que aqueja a su pareja y sea un apoyo y mejore la relación.
- Recomendar al médico ginecólogo la evaluación de paridad y período intergenésico de la mujer durante el puerperio y si esta después de seis meses posparto continua presentando incontinencia urinaria referirla al médico urólogo.
- Recomendar a las pacientes realicen ejercicios de acuerdo a su edad; además, evaluar la frecuencia semanal con la que los realizan y cantidad de peso si fuera el caso.

CAPÍTULO VII

7.2 BIBLIOGRAFÍA

1. Beltrán L. Educación de la Sexualidad y Salud Sexual Reproductiva. Programa de salud sexual y reproductiva. Fondo de Población de Naciones Unidas. Venezuela. <http://venezuela.unfpa.org/documentos/Educacion%20SSR%20Guia%20Docentes.pdf> online. Consultado: mayo 2015.
2. García, H.A.; López, H.; Carbonell, J.; Castillo, D. Impacto de la incontinencia urinaria sobre la función sexual femenina. Urología colombiana Vol. XIX, No. 3: pp 59-67, 2010.
3. John E. Hall, PhD. Fisiología médica Gyton y Hall. Formación de la orina por los riñones: filtración glomerular, flujo sanguíneo renal y su control. Página 307. Décima edición.
4. John E. Hall, PhD. Fisiología médica Gyton y Hall. Formación de la orina por los riñones: filtración glomerular, flujo sanguíneo renal y su control. Página 309. Décima edición.
5. John E. Hall, PhD. Fisiología médica Gyton y Hall. Formación de la orina por los riñones: filtración glomerular, flujo sanguíneo renal y su control. Página 309. Décima edición.

6. J.W.Thüroff, P.Abrams, K.-E.Andersson, W.Artibani, C.R.Chapple, M.J.Drake, C. Hampel, A.Neisius, A.Schröder y A.Tubaro. Guía sobre la incontinencia urinaria. Actas Urológicas Españolas. Marzo 2011.
7. Dr. Humberto Chiang M, Dr. Ricardo Susaeta, Dr. Rau I Valdevenito, Dr. Rodolfo Rosenfeld V., Dr Carlos Finsterbusch R. Incontinencia urinaria. Revista médica Clínica Los Condes Febrero 2014.
8. S. Martínez Bustelo, A. Ferri Morales, S. Patiño Nuñez, S. Viñas Diz, A. Martínez Rodríguez. Entrevista clínica y valoración funcional del suelo pélvico Fisioterapia 2004.
9. S. Martínez Bustelo, A. Ferri Morales, S. Patiño Nuñez, S. Viñas Diz, A. Martínez Rodríguez. Entrevista clínica y valoración funcional del suelo pélvico Fisioterapia 2004.
10. S. Martínez Bustelo, A. Ferri Morales, S. Patiño Nuñez, S. Viñas Diz, A. Martínez Rodríguez. Entrevista clínica y valoración funcional del suelo pélvico Fisioterapia 2004.
11. Prevalencia y abordaje desde el ejercicio físico de la incontinencia urinaria en mujeres deportistas EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, Año 16, N° 164, Enero de 2014
12. Alan Wein, Louis Kavoussi, Andrew Novick, Alan Partin, Graig Peters Campbell / Walsh. Urología Incontinencia urinaria, pagina 2066. Décima edición.
13. Alan Wein, Louis Kavoussi, Andrew Novick, Alan Partin, Graig Peters Campbell / Walsh. Urología Incontinencia urinaria, pagina 2067. Décima edición.

14. Alan Wein, Louis Kavoussi, Andrew Novick, Alan Partin, Graig Peters Campbell / Walsh. Urología Incontinencia urinaria, pagina 2047. Décima edición.
15. Gutiérrez B, Respuesta Sexual Humana. Actualización en Medicina de la familia. AMF 2010;6 (10):543-546 Móstoles Madrid. < http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=158> Online, Consultado: Mayo 2015
16. Gómez, Zapiain, J. Aportaciones de la teoría de apego a la terapia sexual y de parejas. En O. M. Rodrigues Jr. Ed., sexología Clínica. Una visión latinoamericana (pp.31-45). Sao Paulo, Brasil: LP-Books. On line: http://www.sc.ehu.es/ptwgozaj/zapiwnueva/images/Aportaciones_apego_terapia.pdf . Publicado 2014, consultado Mayo 2015.
17. Fisiología de la Sexualidad. Capítulo 4 Online< <http://jaguero.tripod.com/cap4.htm>>
18. Gutiérrez B, Respuesta Sexual Humana. Actualización en Medicina de la familia. AMF 2010;6(10):543-546 Móstoles Madrid. < http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=158> On line, Consultado: Mayo 2015
19. Hurtado F. Academia Española de Sexología y Medicina sexual. Instituto de Psicología y Medicina Sexual. Revista de Sexología 2011; 1(2). Online: < <http://www.desexologia.com/wp-content/uploads/2011/04/volumen1n2-111216114222-phpapp02.pdf>>> Publicado: 2011 Consultado: Mayo 2015
20. Más M Fisiología de la respuesta sexual femenina: actualización. Rev Int. Androl. 2007; 5 (1): 11-21 Revisión Departamento de Fisiología y CESEX. Facultad de Medicina. Universidad de la Laguna. Tenerife. España.

21. Levin. RJ. The physiology of sexual arousal in teh human females: a recreational and procreational synthesis. Arch Sex Behav. 2002; 31: 405-11
22. Más M Fisiología de la respuesta sexual femenina: actualización. Rev Int. Androl. 2007; 5 (1): 11-21 Revisión Departamento de Fisiología y CESEX. Facultad de Medicina. Universidad de la Laguna. Tenerife. España.
23. Exton MS, Bindert A, Krüger T, Scheller F, Hasrtmann U, Schedlowski M. Cardiovascular and endocrine alterations after masturbation-induced orgasm in women. Psychosomatic Med. 1999;61:280-90.
24. Antona A. Disfunciones sexuales. Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Servicio de Promoción, Prevención y Salud ambiental. Instituto de Salud Pública de Madrid.
25. García A, Gil-Vernet J. , Morales A, Ozonas M, Pizá P. Áreas de la sexualidad: libido, erección y eyaculación. Medicina Clínica. 2005;6(Supl 3):14-32 Centro de Urología. Hospital Carlos Haya. Málaga España.
26. Komisaruk Br, Whipple B, Crawford A, Grimes S, Liu W-C, Kalnin a, et al. Brain activation during vaginocervical self-stimulation and orgasm in women with complete spinal cord injury: fMRI evidence of mediation by the vagus nerves. Brain Res. 2004; 1024: 77-88.
27. . Komisaruk Br, Whipple B, Crawford A, Grimes S, Liu W-C, Kalnin a, et al. Brain activation during vaginocervical self-stimulation and orgasm in women with complete spinal cord injury: fMRI evidence of mediation by the vagus nerves. Brain Res. 2004; 1024: 77-88.

28. . Komisaruk Br, Whipple B, Crawford A, Grimes S, Liu W-C, Kalnin a, et al. Brain activation during vaginocervical self-stimulation and orgasm in women with complete spinal cord injury: fMRI evidence of mediation by the vagus nerves. *Brain Res.* 2004; 1024: 77-88.
29. Más M Fisiología de la respuesta sexual femenina: actualización. *Rev Int. Androl.* 2007; 5 (1): 11-21 Revisión Departamento de Fisiología y CESEX. Facultad de Medicina. Universidad de la Laguna. Tenerife. España.
30. Antona A. Difunciones Sexuales. Programa de Salud Sexual y Reproductiva . Servicio de Programación, prevención y Salud Ambiental. Abril 2013.
31. Montserrat Espuña-Pons, Montserrat Puig-Clota. Incontinencia de orina durante la actividad sexual coital. Síntomas asociados y gravedad de la incontinencia. *Actas Urol Esp* v.33 n.7 Madrid jul.-ago. 2009
32. Graziottin A. Base biológica de la sexualidad femenina. *Revista de Toxicomanías.* N.23 -2000
33. Graziottin A. Base biológica de la sexualidad femenina. *Revista de Toxicomanías.* N.23 -2000
34. Graziottin A. Base biológica de la sexualidad femenina. *Revista de Toxicomanías.* N.23 -2000
35. Female Sexual Health Consensus Clinical Guidelines *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada* Volume 34, Number 8 • volume 34, numeral 8.
36. Rank J, Mistretta P, Will J. Diagnosis and Treatment of Female Sexual Dysfunction. *Am Fam Physician* 2008; 77:635-42.

37. Boletín Informativo Farmacovigilancia Alteraciones Sexuales Inducidas por Medicamentos <http://www.cfnavarra.es/bif/boletines/21/210203.htm>
38. Dres. Bechara, A; Casabé, A.; Bertolino, V Disfunción sexual femenina. Rev. Arg. de Urol., Vol. 67. N ° 4. Pág. 187, 2002
39. Carrie Armstrong, ACOG Guideline on Sexual Dysfunction in Women. Bulletin N°11. Obstetrics & Gynecology, April 2011
40. DSM IV Criterios Diagnósticos de los Trastornos Mentales Criterios para el diagnóstico de F52.3 Trastorno orgásmico femenino (302.73) <http://www.psygnos.net/biblioteca//DSM/Dsmorgasfem.htm>.
41. Antona A. Disfunciones sexuales Publicado: 25 de abril del 2013
42. Emily S. Miller, Catherine J. Lee Editorial Manual Moderno. Ginecología y Obstetricia. Disfunción sexual.
43. Carrie Armstrong, ACOG Guideline on Sexual Dysfunction in Women. Bulletin N°11. Obstetrics & Gynecology, April 2011.
44. F Arias, JJ Padín, MT Rivas, A Sánchez Disfunciones sexuales inducidas por los inhibidores de la recaptación de serotonina. Vol. 26. Núm. 06. 15 Octubre 2000
45. Boletín Informativo Farmacovigilancia Alteraciones Sexuales Inducidas por Medicamentos <http://www.cfnavarra.es/bif/boletines/21/210203.htm>
46. F. Hurtado, P. Escrivá, A. Catalán, J. Mir. Vademecum sexual: Fármacos y disfunción sexual C. Med. Psicosom, N° 62 / 63 – 2002.
47. Boletín Informativo Farmacovigilancia Alteraciones Sexuales Inducidas por Medicamentos <http://www.cfnavarra.es/bif/boletines/21/210203.htm>

48. Hallikas J, Weller R, Morse C. Effects of regular marijuana on sexual performance. *J Psychoactive Drugs* 1982; 14:59–70.
49. Henderson D, Boyd CJ, Whitmarsh J. Women and illicit drugs: sexuality and crack cocaine. *Health Care Women Int* 1995; 16:113–24.
50. F. Hurtado, P. Escrivá, A. Catalán, J. Mir. Vademecum sexual: Fármacos y disfunción sexual C. Med. Psicosom, Nº 62 / 63 – 2002.
51. Zemishlany Z, Aizenberg D, Weizman A. Subjective effects of MDMA (‘Ecstasy’) on human sexual function. *Eur Psychiatry* 2001; 16:127–30.
52. Montserrat Espuña Pons, Pablo Rebollo Álvarez, Montserrat Puig Clota Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología. Hospital Clínico de Barcelona. Universidad de Vol. 122. Núm. 08. 06 Marzo 2004
53. Busquets M, Serrat R. Validación del cuestionario internacional Consultation on Incontinence Questionnaire Short – Form (ICIQ –SF) en una población chilena usuaria del Fondo Nacional de Salud (FONASA). *Revista médica de Chile* año 2012.
- http://www.researchgate.net/publication/262625370_Validacin_del_cuestionario_International_Consultation_on_Incontinence_Questionnaire_Short-Form_%28ICIQ-SF%29_en_una_poblacin_chilena_usuaria_del_Fondo_Nacional_de_Salud_%28FONASA%29.

54. Iglesias, P; Sierra, J.; García, M.; Martínez, A.; Sánchez, A.; Tapia, M. Índice de Satisfacción Sexual (ISS): un estudio sobre su fiabilidad y validez. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2009.
55. Espuna Pons M, Puig Clota M, González Aguilón M, Zardain PC, Rebollo Álvarez P. Cuestionario para evaluación de la función sexual en mujeres con prolapso genital y/o incontinencia. Validación de la versión española del “Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12)” *Actas Urológicas Esp.* 2008; 32(2):211-219.
56. . Hannestad Ys, Rortveit G, Sandvik H, y Col., A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence. *J Clin Epidemiol* 2000; 53 1150-1157
57. Rosen, R, Brown, C. y col. The Female Sexual Function Index: a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 26(2): 191-208
58. Blumel JE, Binfa L, Cataldo L, Carrasco A, Izaguirre H, Sarra S. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004; 69: 118-25

CAPITULO VIII

8.1 ANEXOS Y FIGURAS:

ANEXO 13: Tabla de estadísticas para cada pregunta del cuestionario de incontinencia urinaria

ESTADÍSTICOS				
	FRECUENCIA DE PERDIDA DE ORINA	CANTIDAD DE ORINA PERDIDA	TIPO DE INCONTINENCIA URINARIA	AFECTACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA
MEDIA	1,03	1,10	1,43	2,76
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	1,410	1,326	1,694	1,347
MÍNIMO	0	0	0	1
MÁXIMO	5	4	6	4

ANEXO 19: Tabla de estadísticas para cada dominio del cuestionario FSFI

ESTADÍSTICOS								
		Deseo	Excitación	Lubricación	Orgasmo	Satisfacción	Dolor	DST
Media		3,5430	3,5880	2,9130	3,8160	4,1580	3,7020	21,72
Mediana		3,6000	3,6000	3,0000	4,0000	4,0000	3,6000	21,90
Moda		3,60	3,60	2,70 ^a	3,60	6,00	3,60	21
Desviación estándar		1,25828	1,69835	1,36556	1,80667	1,48366	1,83938	8,167
Mínimo		1,20	,00	,00	,00	,00	,00	3
Máximo		6,00	6,00	4,50	6,00	6,00	6,00	35
Percentiles	25	2,4000	2,7000	2,4000	3,2000	3,2000	2,4000	17,78
	50	3,6000	3,6000	3,0000	4,0000	4,0000	3,6000	21,90
	75	4,2000	5,0250	3,9000	5,2000	5,6000	5,2000	28,60